

ACTÍVATE Y PARTICIPA

Promover un envejecimiento saludable desde la
participación activa en el entorno rural

TFM SALUD PÚBLICA 2018-2019

Ana Prior Rodríguez

Resumen

Las previsiones demográficas para los años futuros hablan de un sobre envejecimiento de la población. Con el envejecimiento pueden aparecer enfermedades, crónicas y mortales, lo que suponen un empeoramiento de la calidad de vida y un aumento en el uso de recursos sanitarios. Los estudios, están demostrando que presentar conductas de vida saludables, como comer sano, realizar ejercicio físico casi a diario, mantener una mente activa y ser partícipe activo en la sociedad ayuda a mantener la salud y a prevenir enfermedades. Por eso surge la idea de envejecimiento activo, ya que el envejecimiento es un cúmulo de experiencias a lo largo de la vida vividas de las que depende una serie de factores comportamentales, pero también del entorno en el que se vive.

Los entornos rurales y sobre todo aquellos con características orográficas hacen que el acceso a los recursos sea difícil y sobre todo afecta a las personas mayores. Estas personas, sufren como lo describe el IMSERSO una discriminación por razón de territorio. Con este trabajo se pretende desde los equipos de Atención Primaria coordinar el proyecto junto a los ayuntamientos, las asociaciones y las escuelas de las comarcas del Alto Oja y del Camero Viejo (sierra celtíbera Riojana) y promover un envejecimiento saludable desde la participación activa de las personas mayores.

Palabras clave

Envejecimiento activo, envejecimiento saludable, entorno rural, participación activa, personas mayores.

Agradecimientos

A mi tutor Koldo, por ayudarme a llevar hasta su fin el trabajo. A mi pareja por animarme y estar conmigo en todo momento.

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	6
2 LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	10
3 ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	13
4 UN MARCO DE SALUD PÚBLICA PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	14
5 LA SITUACION SOCIODEMOGRÁFICA EN LA RIOJA	16
6 VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN LA RIOJA	22
7 PROYECTO ACTÍVATE Y PARTICIPA: PROMOVRIENDO UN ENEVEJECIMIENTO SALUDABLE	
DESDE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA.	33
7.1 DENOMINACIÓN DEL PROYECTO	33
7.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	33
7.3 MARCO LEGAL.....	36
7.4 OBJETIVO PRINICIPAL	38
7.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
7.6 POBLACIÓN DE REFERENCIA	39
7.7 RECURSOS DISPONIBLES	43
7.8 ACTIVIDADES PROPUESTAS.....	46
7.9 CRONOGRAMA	57
7.10 RECURSOS NECESARIOS PARA LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS	58
7.11 PRESUPUESTO	62
7.12 EVALUACIÓN	63
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
9 ANEXOS	71
A. METODOLOGÍA DE LA 1ª REUNIÓN CON EL GRUPO PROMOTOR	71
B. LISTA DE CONTACTOS DEL GRUPO PROMOTOR Y MOTOR DEL PROYECTO “ACTÍVATE”	72
C. CARTA DIRIGIDA A LOS AGENTES DEL TERRITORIO A DESARROLLAR EL PROYECTO PARA INVITARLES A PARTICIPAR.	73
D. ENCUESTA O ENTREVISTA A REALIZAR A LAS TRES FIGURAS CLAVE DE LA COMUNIDAD PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS REALES SOBRE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS.	74
E. MODELO DE GUÍA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL A UTILIZAR EN LOS CENTROS DE SALUD/ AMBULATORIOS	75
F. FOLLETO PROPAGANDA ACTIVIDAD DE EJERCICIO FÍSICO.....	77
G. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DE EJERCICIO FÍSICO	78
H. FOLLETO CON RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA.....	80
I. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE	81

J. FOLLETO CON RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA	83
K. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO ACTÍVATE Y PARTICIPA	84
L. FOLLETO INFORMATIVO DE LOS PASEOS SALUDABLES PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.....	85
M. FOLLETO INFORMATIVO DEL TALLER ENVEJECER CON SALUD PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.....	86
N. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DEL TALLER DE ENVEJECER CON SALUD	87
O. FOLLETO CON RECOMENDACIONES PARA MANTENER UNA MENTE ACTIVA	88
P. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DE FORMACIÓN EN VOLUNTARIADO.....	89
Q. HOJA DE ASISTENCIA	90

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:

Ilustración 1. Envejecimiento saludable acorde a la Organización Mundial de la Salud, 2015.	7
Ilustración 2. Enfoque del curso de vida en relación al envejecimiento activo.....	8
Ilustración 3. Los pilares del Envejecimiento Activo	9
Ilustración 4 Determinantes del envejecimiento activo, 2015.....	12
Ilustración 5. Índice de envejecimiento activo (Active Ageing Index- AAI)	13
Ilustración 6. Un marco de salud pública para el Envejecimiento Saludable: oportunidades para la acción de salud pública en el curso de la vida	15
Ilustración 7. Esperanza de vida al nacer (años), ambos sexos.	16
Ilustración 8. Pirámide de población de La Rioja a 1 de julio de 2017	17
Ilustración 9. Municipios según número de habitantes a 1 de enero del 2016	20
Ilustración 10. Densidad de población (hab/km ²) por municipios a 1 de enero de 2016	20
Ilustración 11. Número de Instalaciones deportivas en La Rioja, 2014.....	28
Ilustración 12. Proporción de personas mayores de 64 años (%) a 1 de enero de 2016.	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Distribución de la población mayor de 55 años por sexos de La Rioja.	18
Gráfico 2. Evolución del índice de Envejecimiento (%) de España y La Rioja.	19
Gráfico 3. Evolución de la Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años (%) en 10 años.	19
Gráfico 4. Pirámide de población de La Rioja para el 2031 (Proyección).	22
Gráfico 5. Pirámide de población por nivel de estudios, 2011	24
Gráfico 6. Valoración del estado de salud percibido (%) en los últimos 12 meses, en la población mayor de 65 años residente en España.	25
Gráfico 7. Índice de masa corporal por grupos de edad y sexo (%) de la población mayor de 65 años. ...	27
Gráfico 8. Sedentarismo por grupos de edad y sexo (%) de la población adulta en España.	28
Gráfico 9. Consumo a diario de frutas, verduras, ensaladas y hortalizas según sexo y grupos de edad (%).	29
Gráfico 10. Consumo de tabaco a diario (%) según sexo, en la población adulta de España.	30
Gráfico 11. Consumo de alcohol (%) según sexo y en la población adulta en España.	31
Gráfico 12. Antecedentes en la Planificación gerontológica de La Rioja.	37
Gráfico 13. Representación de la población por grupos de edad del Alto Oja (%).	40
Gráfico 14. Representación de la población por grupos de edad de la comarca del Camero Viejo.	41

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Definición de activo dentro del paradigma de Envejecimiento Activo	8
Tabla 2. Distribución de la población mayor de 55 años por sexos de La Rioja.	17
Tabla 3. Proporción de población mayor de 64 años por tamaño de municipios en La Rioja.	21
Tabla 4. Población De 16 años y más por nivel de formación alcanzado y grupo de edad en La Rioja IV trimestre 2010.	24
Tabla 5. Principales causas de muerte por sexo (%), todas las edades en España.	26
Tabla 6. Indicadores demográficos básico de La Rioja.	32
Tabla 7. Recursos sanitarios, centros ambulatorios de la Rioja Alta y de La Rioja Media.	43
Tabla 8. Recursos asociativos en la comarca del Alto Oja y del Camero Viejo	44
Tabla 9. Relación de recursos no sanitarios en la comarca del Alto Oja y del Camero Viejo.	45

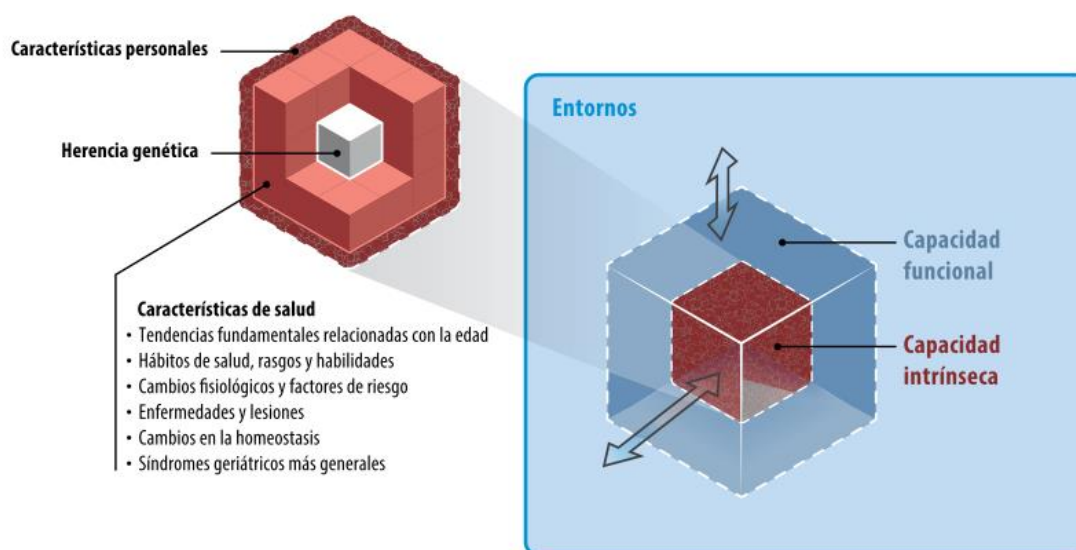
1 INTRODUCCIÓN AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Ser mayor a comienzos del siglo XXI, supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados. Para contextualizar la realidad, España es uno de los países más envejecidos de Europa, experimentando el denominado “envejecimiento del envejecimiento”, con uno de los índices de fecundidad más bajos y con una elevada vida al nacer (1).

En las sociedades modernas las personas que denominamos mayores demandan más participación en la sociedad y aprendizaje continuo. Se trata de personas que poseen una gran experiencia vital y conocimientos acumulados a lo largo de la vida y además disponen de tiempo libre para organizarlo a su manera (1).

En el informe publicado por la OMS sobre el Envejecimiento y la Salud (2), el término **envejecimiento** se define como un cúmulo de daños moleculares y celulares que con el tiempo reducen las reservas fisiológicas, aumenta el riesgo de enfermedades y disminuye la capacidad de recuperación del individuo. También va a depender del entorno dónde se habita y los comportamientos individuales ante distintas situaciones. Para ello, la OMS define un **envejecimiento saludable** en dicho informe como “el proceso de mantener y fomentar la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (2). La **capacidad funcional** viene dada por la capacidad intrínseca y el entorno que afecta a dicha capacidad y las interacciones entre la persona y el entorno. Como se ve en la ilustración 1, no hay un único factor del que dependa tener un envejecimiento saludable o no. La **capacidad intrínseca** se refiere a las capacidades mentales y físicas con las que cuenta la persona y va a verse influenciada por la herencia genética, modificable, las características personales (sexo, etnia, nivel educativo, género, riqueza) y las características de salud (enfermedad, etc.). Y el entorno comprende los factores externos que conforman el contexto de la vida (2).

Ilustración 1. Envejecimiento saludable acorde a la Organización Mundial de la Salud, 2015.



Fuente: Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial sobre envejecimiento y la salud, 2015

Otro concepto que introduce el modelo de Envejecimiento Saludable es la **capacidad de resiliencia** que en definición se puede entender como la capacidad del individuo a la adaptación frente a las adversidades. Confluyen los aspectos psicológicos de la persona y el apoyo social con el que cuenta para enfrentarse a la vida (2). Previamente al informe elaborado por la OMS, durante la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en el año 2002 en Madrid se ideó el primer Informe *Envejecimiento Activo (EA): un marco normativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Este informe sirve de hoja de ruta para planificar políticas estatales, nacionales y locales para el envejecimiento (2). Este informe supuso un cambio de paradigma limitado por la prevención y el cuidado de la salud y se acoge al objetivo del **Envejecimiento Activo**, definido como “el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, participación y seguridad, al objeto de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (3). El envejecimiento activo, además de procurar un envejecimiento saludable y con calidad de vida, supone un respeto de los derechos humanos de las personas mayores y los principios marcados por las Naciones Unidas de participación, independencia, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Asimismo, el envejecimiento activo reconoce el derecho a la igualdad de oportunidades para las personas mayores y el reconocimiento a la participación activa en distintos ámbitos comunitarios, sociales y políticos (3).

Tabla 1. Definición de activo dentro del paradigma de Envejecimiento Activo

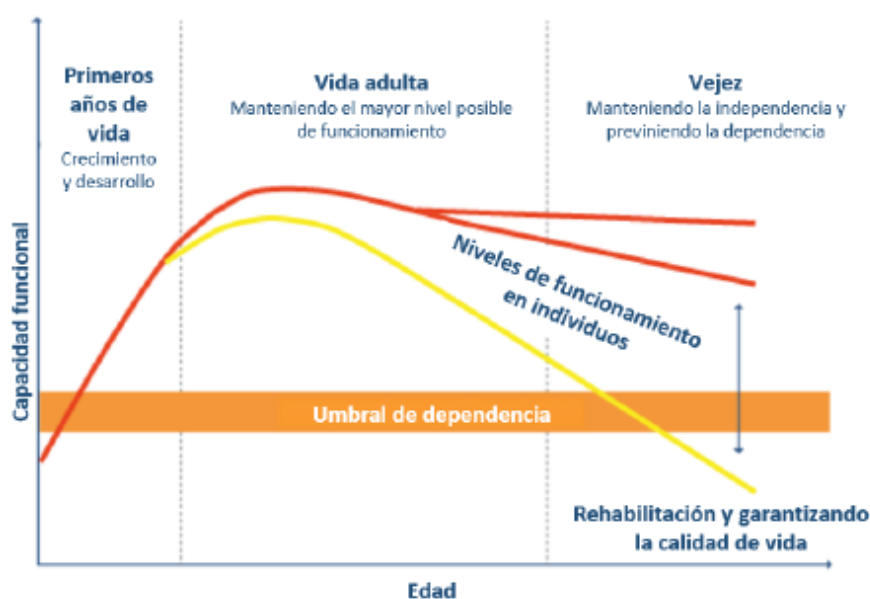
Así el término activo podemos definirlo brevemente como (1):

1. Expresa la idea de participación continua de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.
2. Se crea un nuevo modelo, donde las personas son protagonistas de su vida y proactivas y no como meras receptoras de servicios, productos o cuidados.
3. Cada persona es diferente y por tanto hay maneras distintas de ser activo.
4. Implica un enfoque comunitario, por lo que la participación de las personas mayores también alude a lo relativo a su comunidad.
5. Requiere que la sociedad garantice que se respete sus derechos como el que le llegue la información.
6. Asume un enfoque intergeneracional al reconocer la ayuda que se dan entre sí los miembros de distintas generaciones.
7. Promueve el desarrollo personal a lo largo de todo el ciclo vital.

Fuente: Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Guía de Buenas Prácticas.

Kalache y Kickbusch vienen a decir en su representación gráfica del envejecimiento activo que éste es un proceso vital donde lo importante para permanecer activos es mantener la capacidad funcional durante la edad adulta y en la vejez, prevenir la dependencia con la rehabilitación necesaria y garantizar la calidad de vida (3).

Ilustración 2. Enfoque del curso de vida en relación al envejecimiento activo.



Fuente: Adaptado de Kalache y Kickbusch 1997 (138) y OMS 2002(1)

Como **estrategia política** para abordar el EA se han marcado cuatro objetivos esenciales: la salud, el aprendizaje continuo, la participación y la seguridad. Además, para que esta estrategia resulte efectiva se requiere de una colaboración entre la ciudadanía y la sociedad (3). Por tanto, el EA toma como objetivo mejorar la salud, física, mental y social de las poblaciones y reducir las desigualdades en salud para lograr el máximo nivel de salud a lo largo de la vida. El aprendizaje continuo, fundamental para empoderar y dar bienestar al proporcionar seguridad y confianza en las personas. La participación social y voluntaria que respalda la salud positiva al dar un sentido al ser, un compromiso y la oportunidad de relaciones sociales positivas(4). Y la seguridad, siendo la necesidad humana más importante y que sin ella no se puede desarrollar el potencial de uno plenamente ni envejecer activamente.

En definitiva, la **Salud Pública** debe desarrollar políticas públicas de envejecimiento que aborden estos cuatro pilares ya que ayudarán a la población a aumentar su capacidad de resiliencia y su bienestar personal. Las decisiones políticas influyen tanto en la salud de las personas como lo hacen cuestiones biológicas, comportamientos personales y disposiciones psicológicas (3).

Ilustración 3. Los pilares del Envejecimiento Activo



Fuente: Adaptado de OMS 2002 (1)

2 LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento es un cúmulo de experiencias y actitudes frente a la vida a lo largo de toda ella. Envejecer bien, con salud, supone contar con reservas suficientes para hacer frente a las adversidades que puedan aparecer en esta nueva etapa. Se sabe, que en aquellos países de altos ingresos o desarrollados, las personas tienden a tener una mejor calidad de vida durante la vejez. Por el contrario, en los países menos desarrollados o personas con menores ingresos cuentan con una peor calidad de vida en esta etapa de la vida (2).

Por ello, en el 2002 la OMS publicó en el Informe una serie de determinantes del Envejecimiento Activo (3). Cada determinante tiene un peso importante en el envejecimiento y es la capacidad funcional de cada persona la que determina su forma de envejecer y su capacidad de resiliencia o adaptación ante adversidades la que diferencia a las personas que tienen características similares (2).

Analizando los determinantes, **la cultura y el género** son determinantes generales que tienen una repercusión en todas las personas. Los **determinantes personales** y de **comportamiento** son específicos de cada persona. Y los entornos físicos, las cuestiones sociales, de salud, económicos y de servicios sociales son **factores contextuales**. Todos estos determinantes interactúan formando una red dinámica de protección u obstaculización en el desarrollo de reservas o habilidades para dar respuestas resilientes o adaptativas (3).

La cultura, por ejemplo, enraizada en todas las personas, define varios aspectos de la vida como la manera de comportarse en la sociedad, los roles de las personas, cómo relacionarse con los demás, los estilos de vida, la organización de los cuidados, las creencias y actitudes y no por ello, es la misma en toda la población mundial, y factores como la migración y la globalización hacen que en una sociedad puedan convivir varias culturas a la vez, unas veces creando diversidad y aprendizaje y en otras exclusión y discriminación (3).

Un aspecto clave a tener en cuenta dentro de la cultura es **el significado que se le da al envejecimiento**. Muchas veces, la cultura transmite una visión negativa del proceso de envejecer al ligarlo al hecho de discapacidad. Este hecho, tiene consecuencias sobre las personas mayores como baja autoestima, falta de autocuidado, negación de la nueva etapa con sus pros y sus contras, y en algunas situaciones lleva a la discriminación por la edad (**edadismo**) y la exclusión de éstos por los gobiernos a la hora de planificar políticas gubernamentales adecuadas a las personas mayores (3).

Dentro de la cultura, están los aspectos relacionados con las cuestiones de **género**. Bien es

sabido que la desigualdad entre hombres y mujeres aún es grande en el mundo y ello conlleva a que muchas mujeres mayores se encuentren en riesgo de pobreza, definida como la carencia de recursos para sobrevivir o mantener un nivel de vida digno (3). Dicha pobreza se debe a no tener independencia económica, relacionado muchas veces con un menor acceso a niveles de estudio superiores y que se ha evidenciado que influyen en un peor estado de salud como lo refleja el estudio de Whitehall de Marmot en 1978 sobre las tasas de mortalidad según la clase social/nivel de estudios. En el caso de los hombres, por su rol impuesto por la sociedad (más fuertes) hace que se expongan a más riesgos que influyan negativamente en su salud y por ende a una esperanza de vida menor en comparación con la de las mujeres. De igual forma, son más propensos a consumir alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas, así como a estar expuestos a violencia fuera del hogar, a padecer más accidentes de tráfico y a no buscar ayuda cuando presentan algún problema de salud (3).

Así mismo, los **determinantes comportamentales** juegan un papel muy importante en el envejecimiento activo. Mantener conductas saludables como no fumar, consumir moderadamente alcohol, comer saludablemente, realizar actividad física, descansar, autocuidarse, alfabetizarse en salud, mantener relaciones sexuales seguras, no sólo dependen del individuo sino también de determinantes legales, fiscales, sociales y económicos (3).

Para modificar conductas se ha evidenciado que las **intervenciones poblacionales** resultan muy efectivas cuando se llevan a cabo actividades de promoción de la salud en las escuelas o en los lugares de trabajo de manera individualizada que incluyan un asesoramiento personalizado y un consejo médico (5).

Sobre los **determinantes personales**, una considerable cantidad de investigaciones muestran que tan sólo el 25% de diferencia en la edad de fallecimiento se refieren a **factores genéticos y hereditarios** (3,6), en cambio, el 75% restante se debe a los **factores sociales y ambientales** que influyen en las conductas modificables de los individuos(3) .

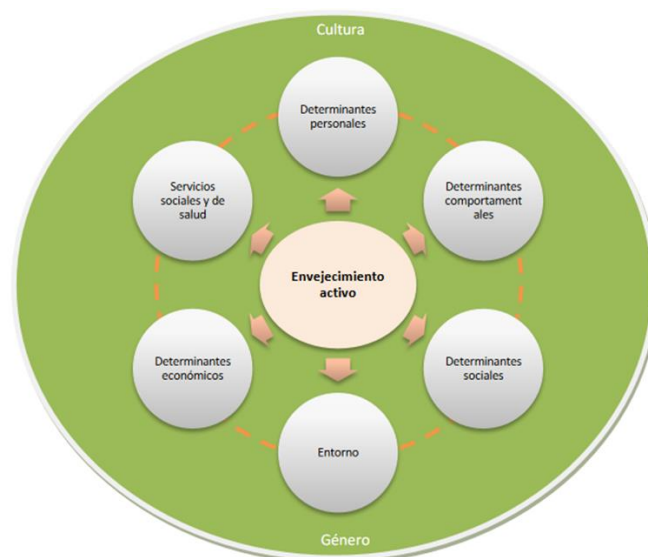
El **entorno**, se puede presentar tanto como un factor de riesgo como de protección durante el envejecimiento. Cuando los entornos físicos están adaptados a las necesidades de las personas mayores, promueven la actividad física, reducen las lesiones físicas y al mismo tiempo estimulan las relaciones sociales, la participación y fomentan la autonomía, las personas tienen una mejor calidad de vida (7,8) . Pero cuando el entorno se convierte en inaccesible y lleno de obstáculos para las personas mayores, la calidad de vida de éstas se ve mermada (3,8). De la misma forma, los determinantes sociales pueden convertirse en aliados o detractores en el proceso de envejecimiento. Numerosas investigaciones muestran como **el apoyo social y familiar** y

mantener buenas **relaciones sociales** ayuda a mantener un buen estado de salud durante la vejez (3,5).

La **educación** recibida es también un factor que determinará en el futuro el estado de salud de las personas, influyendo negativamente en aquellas personas que han recibido un bajo nivel de estudios. como menor autoestima, presentar conductas poco saludables, menor función cognitiva, altas tasas de morbilidad y mortalidad y en general peor calidad de vida (3). Otro determinante que influye en la vejez y que comienza desde la infancia es **el factor económico**. Los ingresos, permiten a una persona acceder a una mejor vivienda, adquirir un nivel educativo más alto, tener una alimentación más saludable y también una mejor cobertura de la salud (3). De modo, que aquellos que poseen ingresos inferiores tienen más riesgo de padecer conductas poco saludables, sufrir más estrés y hacer menos actividad física. En consecuencia, presentarán mayor riesgo de padecer más enfermedades crónicas, discapacidad, problemas mentales y muerte prematura. Y son sobre todo las mujeres, por cuestión de género quienes tienen más riesgo, como se comentó anteriormente (3).

Sobre los **servicios sanitarios y sociales**, hoy se sabe que es necesario que tengan un enfoque continuo que brinde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la curación, la rehabilitación, los cuidados a largo plazo y los cuidados paliativos. De esta manera se hace un mejor uso de los recursos siendo más eficientes a las necesidades de las personas en lugar de mantener un sistema de curar (3).

Ilustración 4 Determinantes del envejecimiento activo, 2015



Fuente: International Longevity Centre, 2015

3 ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El Índice de Envejecimiento Activo (AAI), fue elaborado a raíz de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento Activo en Madrid del 2002. El AAI es una herramienta que contempla cuatro dimensiones para medir el envejecimiento activo: empleo, participación, capacidades e independencia. El cálculo de este índice se realiza a partir de 22 indicadores. Este índice permite hacer una comparación entre países para llevar a cabo políticas en temas de envejecimiento activo (7). La utilización del AAI tiene como objetivo monitorizar y comparar los procesos de envejecer en distintos ámbitos; internacional, nacional y local, para llevar a cabo políticas que favorezcan y pongan en relieve las aptitudes sociales y económicas que están desaprovechados y favorecer su autonomía personal y su rol activo. A día de hoy no existen muchas investigaciones sobre la eficiencia de dicho índice por lo que se desconoce su utilidad en el campo del EA. Para conocer el AAI se puede visitar la página web de la UNECE destinada a tal fin:

<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>.

Ilustración 5. Índice de envejecimiento activo (Active Ageing Index- AAI)

Índice Global ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (AAI)			
Dominios			
Contribución a través de actividades remuneradas. Empleo	Contribución a través de actividades no remuneradas: Participación social	Vida Autónoma e Independiente	Capacidad para el envejecimiento activo y saludable/entorno propio
Indicadores			
Tasa de ocupación 55-59	Actividades de voluntariado	Ejercicio físico	Esperanza de vida a los 55
Tasa de ocupación 60-64	Cuidado de hijos/nietos	Acceso a la sanidad y a la salud mental	Esperanza de vida libre de discapacidad a los 55
Tasa de ocupación 65-69	Cuidado de personas mayores y adultas	Vida independiente	Bienestar mental
Tasa de ocupación 70-74	Participación política	Seguridad financiera	Uso de las TIC
		Seguridad física	Conectividad Social
		Aprendizaje a lo largo de la vida	Nivel de Institución
Experiencias actuales de envejecimiento activo			Capacidad de envejecer activamente

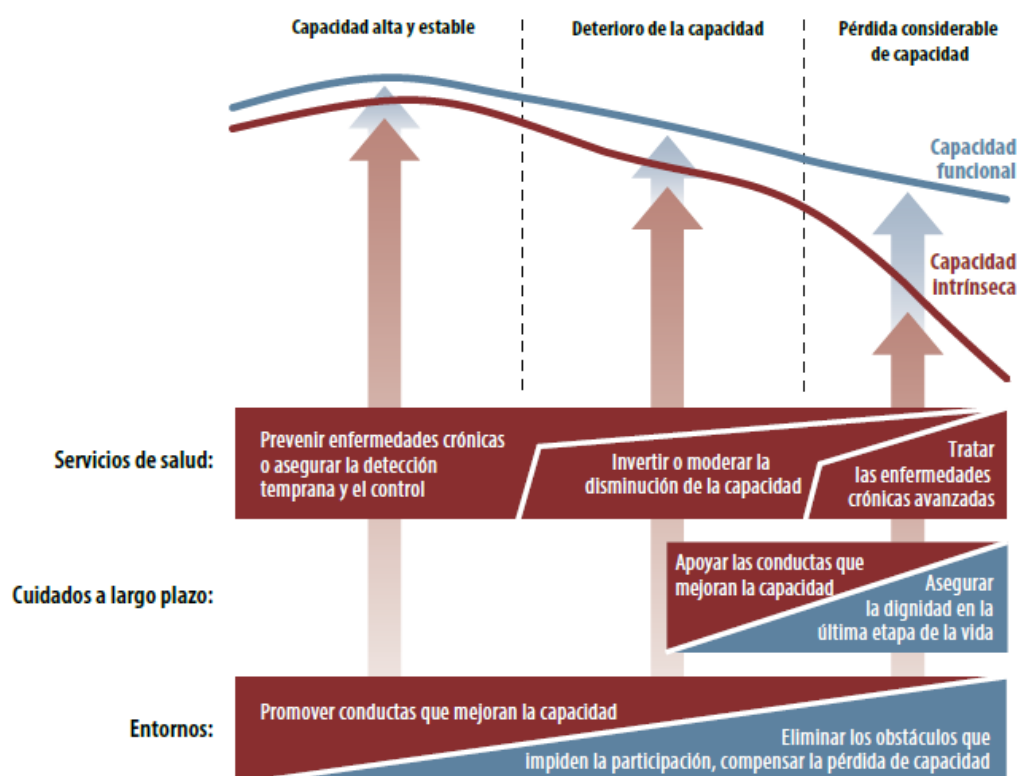
Fuente: Elaboración propia. Traducción original de la Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020 (Imagen original web UNECE).

4 UN MARCO DE SALUD PÚBLICA PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Dos marcos jurídicos y normativos han guiado el Informe sobre envejecimiento: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (8) y el Envejecimiento Activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud (9). En estos documentos se recalcan las habilidades, experiencias y conocimientos de las personas mayores como potencial en las sociedades. Sin embargo, en el Informe Mundial de Envejecimiento de la OMS se subraya que en un estudio realizado desde el 2002, la prioridad de la transición demográfica es más bien baja (2). Según dicho informe, la Salud Pública requiere de una visión integral del envejecimiento. Y no sólo se debe actuar sobre los servicios sanitarios y los de larga duración sino también adaptar los entornos donde viven las personas mayores que tanto influyen en su salud como se dijo anteriormente (2,8). Es necesario que la salud pública tenga en cuenta la gran diversidad de personas mayores y disminuya las inequidades existentes entre ellos. Así mismo, es necesario adaptar los servicios sanitarios y de larga duración a sus necesidades y no al revés como se solía estar haciendo. También es preciso acabar con el estereotipo negativo que se da a la vejez en algunas culturas que lleva a la discriminación por edad o edadismo. Y, sobre todo, favorecer y rehabilitar las capacidades de las personas mayores. La OMS, elaboró el Informe sobre Envejecimiento y Salud como acción novedosa a todo lo que se estaba realizando hasta el momento (2). En este informe, se marca el objetivo del Envejecimiento Saludable: promover la capacidad funcional. Como se ve en la ilustración 6, esto se consigue de dos maneras; o fomentando y manteniendo la capacidad intrínseca o permitiendo que las personas que tengan su capacidad funcional debilitada realicen aquello que para ellas es importante (2).

Un concepto cada vez más utilizado y que poco a poco va entrando en práctica en los servicios de atención sanitaria y de la larga duración, es el de **Atención centrada en la Persona**. Supone un cambio de paradigma al suponer una gestión, una financiación y una atención acorde a las preferencias de las personas (2).

Ilustración 6. Un marco de salud pública para el Envejecimiento Saludable: oportunidades para la acción de salud pública en el curso de la vida

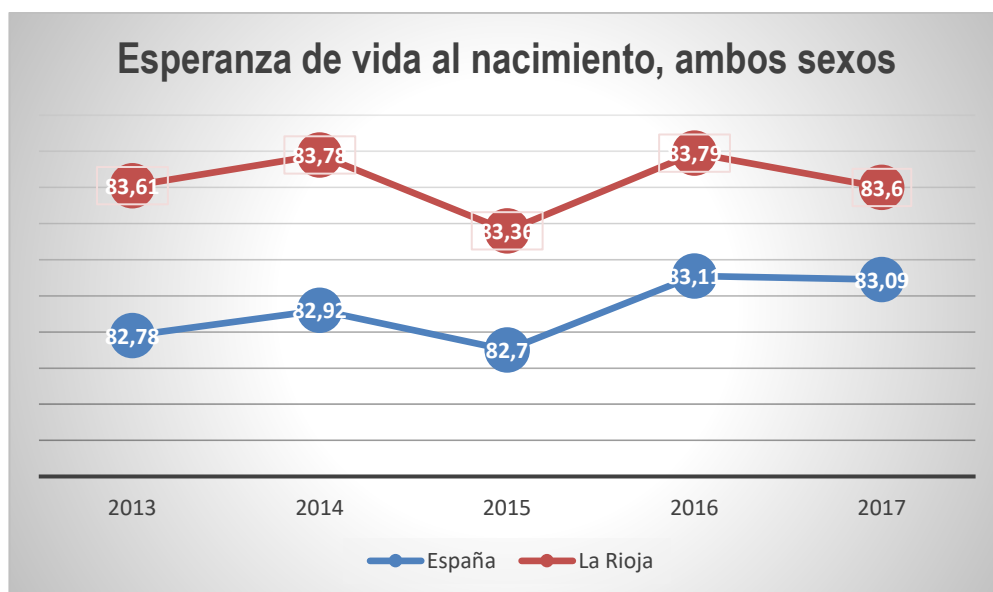


Fuente: Organización Mundial de la Salud: Informe mundial del envejecimiento y la salud, 2017

5 LA SITUACION SOCIODEMOGRÁFICA EN LA RIOJA

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, la **esperanza de vida al nacer** en el año 2017 era de 83,6 años para ambos sexos. Según el sexo, los hombres tienen una esperanza de vida al nacer de 80,9 años y las mujeres a 86,32 años. Casi seis puntos de diferencia entre mujeres y hombres (11). Si comparamos con la media nacional, La Rioja está medio punto por encima.

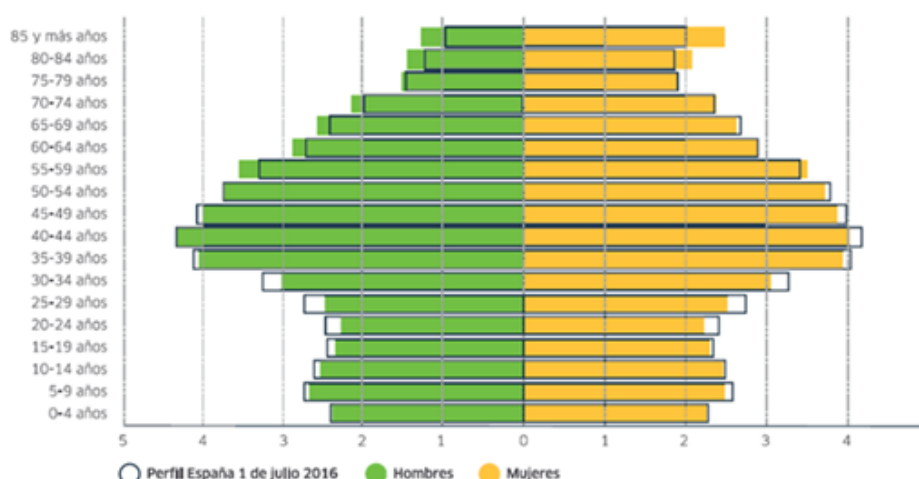
Ilustración 7. Esperanza de vida al nacer (años), ambos sexos.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística de España, 2018

En cuanto a la edad media, en La Rioja en el año 2017 se encontraba en 44,03 años y el grupo de personas mayores de 65 años superaba al grupo de menores de 15 años, en 18.106 individuos. Así mismo, la **población mayor de 65 años** suponía el **20.6%** de la población total, lo que corresponde a un total de 64.441 personas. De acuerdo con estos datos, 18.28% de los hombres tienen más de 65 años y el 2.7% ha superado los 80 años. Y en el caso de las mujeres, el 22.51% tienen más de 65 años y el 4.5% ha superado los 80 años. La población sobre envejecida, la de 80 años y más supone un total de 23.140, que representa un 7,2% (12). Esto revela, que casi un tercio de la población mayor de 65 años ha superado los 80 años.

Ilustración 8. Pirámide de población de La Rioja a 1 de julio de 2017



Fuente: Agenda para la población de 2030. Gobierno de La Rioja.

Si se observa la pirámide de población se aprecia que es a partir de los 70 años cuando el número de mujeres aumenta respecto al de los hombres. Esto se debe a la mayor esperanza de vida al nacer de las mujeres y al mayor índice de mortalidad masculina. En números, se observa que la proporción de mujeres (45.49%) es algo superior a la de los hombres (43.55%). Si lo traducimos para nuestro plan, supone la **feminización del envejecimiento** (13).

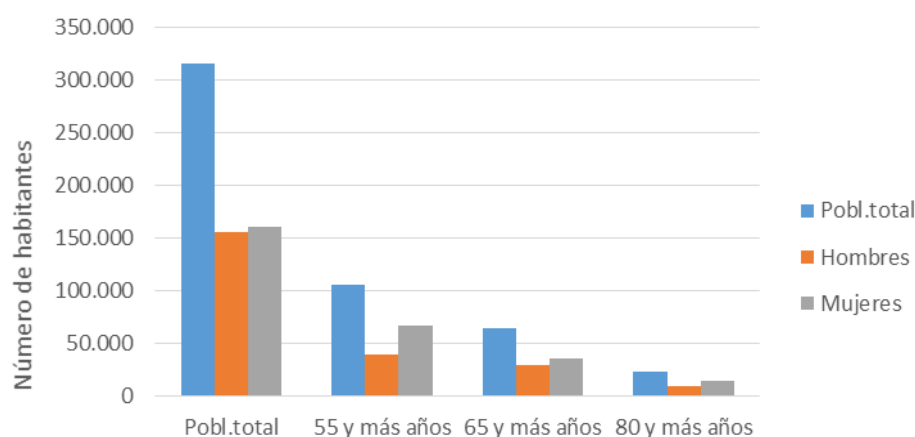
Esta diferencia de proporción va aumentando a medida que aumenta la edad. Así en el 2017, las mujeres de más de 55 años representaban el 63.05% sobre ese grupo de edad mientras que los hombres tan sólo el 36.92%. En las personas de 65 y más años las mujeres son un 55.86% y los hombres un 44.75%. Y en el grupo de los octogenarios, las mujeres representan un 62.50% de ese grupo de edad, mientras que los hombres un 37.47%. Es decir, en el año 2017, el número de mujeres de 80 años y más casi se duplica respecto al de los hombres (14).

Tabla 2. Distribución de la población mayor de 55 años por sexos de La Rioja.

Edad	Pobl. total	Hombres	% sobre grupo de edad hombres	Mujeres	% sobre grupo de edad mujeres
Pobl. total	315.381	155.508	49.30%	159.873	50.69%
55 y más años	105.267	38.870	36.92%	66.397	63.05%
65 y más años	64.441	28.840	44.75%	36.001	55.86%
80 y más años	23.146	8.672	37.47%	14.464	62.50%

Fuente: Padrón continuo de La Rioja, INE, 2018. Elaboración propia.

Gráfico 1. Distribución de la población mayor de 55 años por sexos de La Rioja.

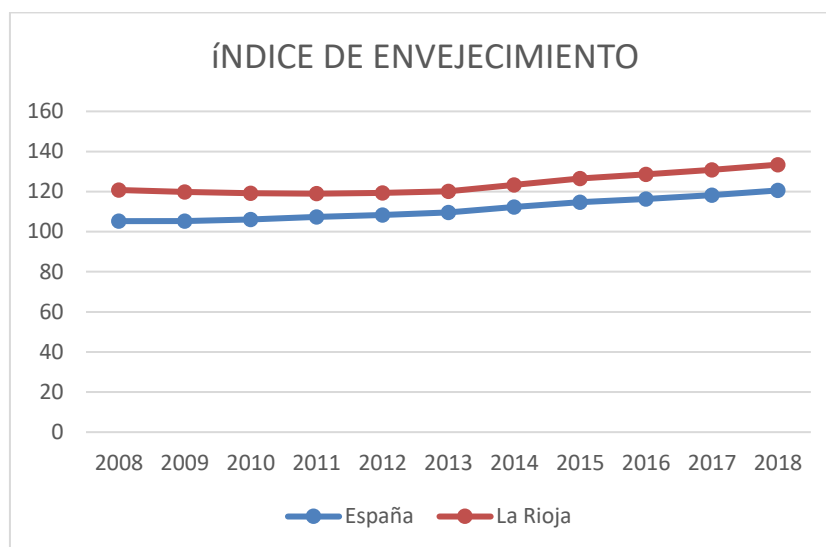


Fuente: Padrón continuo de La Rioja, INE, 2018. Elaboración propia

La disminución del número de nacimientos y el aumento de la esperanza de vida al nacer provoca un envejecimiento claro de la población riojana. El envejecimiento de la población puede definirse por un aumento de la esperanza de vida y una disminución de la natalidad. Cuando se habla de una población envejecida se traduce en una estructura de la población donde el grupo de personas mayores crece más deprisa en proporción al resto, aumentando su número.

Si a esta información añadimos que la edad media es de 44 años en el 2017, el **índice de envejecimiento** en La Rioja en el año 2018 es de 133,42%. Se entiende por índice de envejecimiento el cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años. Lo que supone que por cada 100 individuos menores de 15 años hay 133,42 individuos mayores de 64 años (12) . Además, este dato supera en casi trece puntos a la media nacional que se encuentra en 120,46 (12).

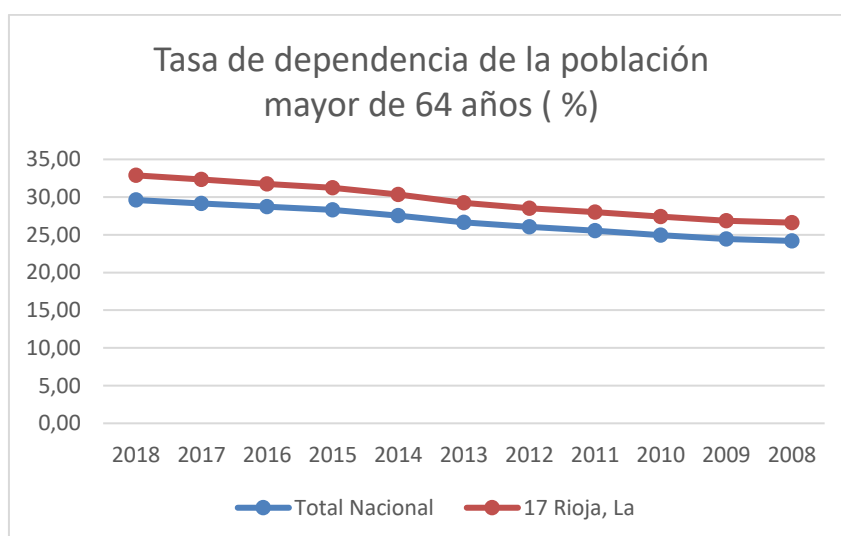
Gráfico 2. Evolución del índice de Envejecimiento (%) de España y La Rioja.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Indicadores de Estructura de la población. Elaboración propia

Como consecuencia directa de dicho envejecimiento se tiene un incremento sustancial de la **tasa de dependencia de la población mayor de 64 años**, es decir la proporción existente entre la población potencialmente activa (población entre 15 y 64 años) y la población mayor de 64 años potencialmente dependiente, encontrándose en 32,88% para 2018, en La Rioja, más de 3 puntos por encima respecto a la tasa nacional (12).

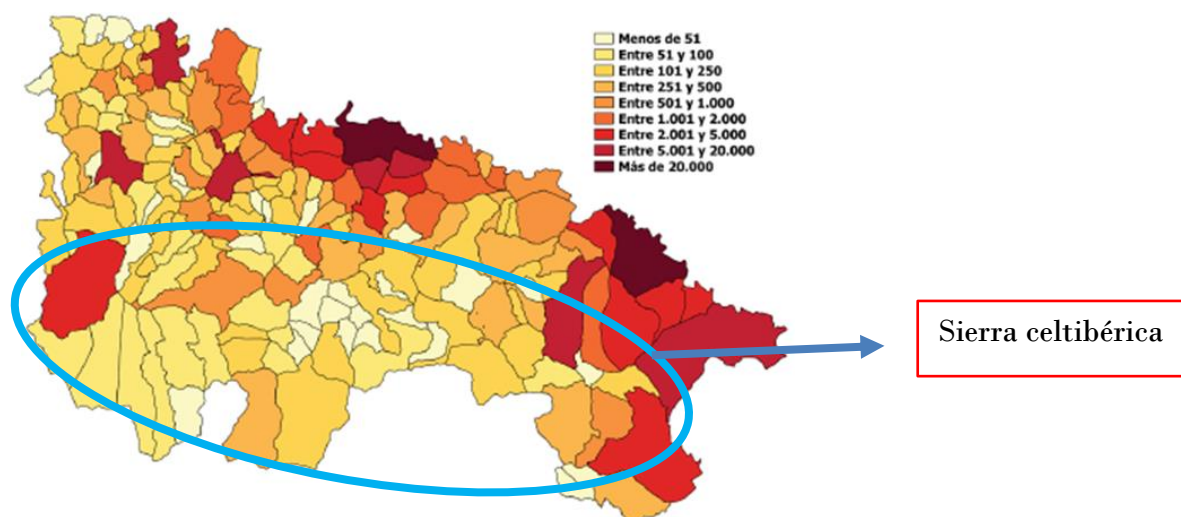
Gráfico 3. Evolución de la Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años (%) en 10 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Indicadores de Estructura de la población. Elaboración propia

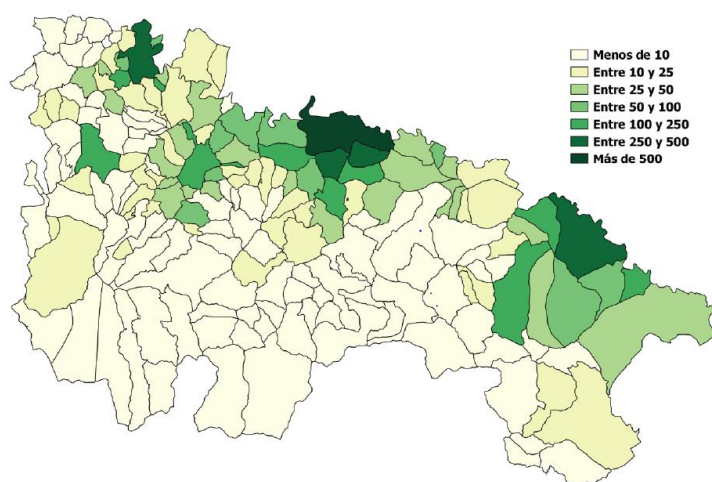
En cuestión de **distribución territorial**, se sabe por los datos del padrón que el número total de habitantes en la Comunidad Autónoma de La Rioja asciende a 315.381, de los cuales 150.786 habitantes residen en Logroño, suponiendo el 47.8% de la población total (11). Se da la situación que de los 174 municipios que hay en La Rioja, 154 municipios no superan los 2.000 habitantes, un 12.9% y 105 municipios no superan los 250 habitantes. También se observa como muestra la ilustración 12 que a medida que el tamaño de los municipios es menor, el número de población mayor de 64 años crece y a la inversa, cuando el territorio es mayor, el número de personas mayores decrece. En efecto, los territorios con más población mayor coincide con los municipios situados en el sur de la Comunidad, correspondiente a la sierra celtibérica (12).

Ilustración 9. Municipios según número de habitantes a 1 de enero del 2016



Fuente: Padrón continuo de La Rioja, INE, 2016.

Ilustración 10. Densidad de población (hab/km²) por municipios a 1 de enero de 2016



Fuente: Padrón continuo de La Rioja, INE, 2016.

Estos datos reflejan la desigualdad territorial que también se refleja en la densidad poblacional. Si se mira el mapa, las zonas con mayor concentración de población corresponde a la zona de Logroño y su entorno, Haro, Calahorra. Por el contrario, las poblaciones con menos concentración de población se evidencian que son las situadas en las zonas montañosas y rurales de la comunidad de La Rioja (el sur).

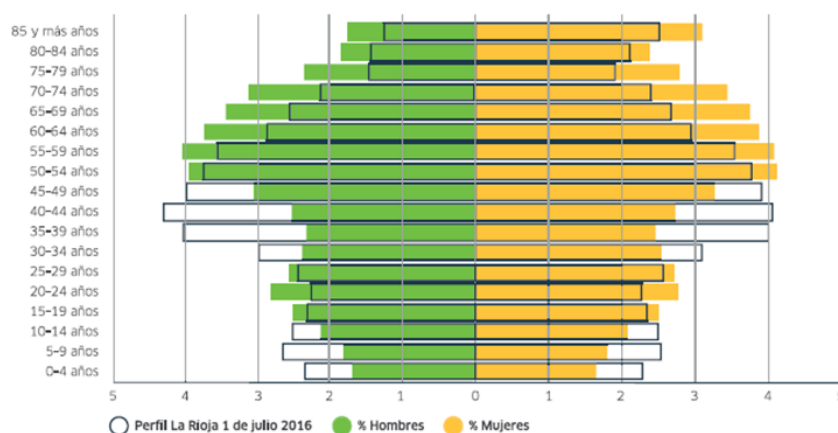
Tabla 3. Proporción de población mayor de 64 años por tamaño de municipios en La Rioja.

Tamaño por número de habitantes	Número de municipios	Población total	Población mayor de 64 años	Proporción sobre el total (%)
TOTAL	174	315.794	63.603	20,14
Menos de 51	32	870	342	39,31
De 51 a 100	25	1.844	669	36,28
De 101 a 250	50	8.047	2.854	35,47
De 251 a 500	25	8.676	2.606	30,04
De 501 a 1.000	13	8.911	2.636	29,58
De 1.001 a 2.000	9	12.269	3.059	24,93
De 2.001 a 5.000	11	33.159	6.754	20,37
De 5.001 a 20.000	7	67.315	11.504	17,09
Más de 20.000	2	174.703	33.179	18,99

Fuente: Estadística del Padrón Continua, INE, 2016.

En la Agenda para la Población 2030 también se realiza una proyección de la población para el año 2031. Como se muestra en la figura, se ve como la población mayoritaria se encuentra en los intervalos de 55-59 años y hay un aumento considerable de la población mayor de 64 años respecto al 2016.(12). En definitiva, se clarifica que si la demografía continúa como hasta ahora, para el año 2031 la población riojana será una población aún más envejecida que la de la actualidad. Y los Servicios Sociales se han puesto en marcha con el plan de personas mayores y el objetivo para el 2030 de envejecimiento activo, longevidad y calidad de vida, con dos objetivos preferentes; adaptar los servicios sanitarios a las personas mayores y fomentar la participación activa de la población mayor en temas políticos, sociales y económicos (12).

Gráfico 4. Pirámide de población de La Rioja para el 2031 (Proyección).



Fuente: Agenda para la población de 2030, Gobierno de La Rioja.

6 VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN LA RIOJA

En España desde 1987, se viene realizando la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en 23.860 hogares sobre su estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales de la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Permite además de recoger información, evaluar y planificar las actuaciones en materia sanitaria. Consta de tres cuestionarios, hogar, adulto y menor. La Encuesta se realiza en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE) cada 5 años (15).

Los Indicadores escogidos para este proyecto son, la **salud percibida** ya que da una visión general de la percepción subjetiva del estado de salud de la población y ayuda de manera indirecta a relacionarlo con otros indicadores de salud. Así mismo, se han escogido aquellos **determinantes conductuales individuales** que influyen a lo largo de la vida en tener un EA: *la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco y la vacunación frente a la gripe*. Las principales enfermedades crónicas y que más afectan a la población (enfermedad cardiovascular, hipertensión, problemas respiratorios y diabetes tipo II) están relacionados con estas cuatro conductas (3). Las conductas saludables ayudan a mantener una mejor calidad de vida: mejor estado de ánimo, mejor estado físico, prevención de enfermedades.

Referente a los **determinantes personales** se ha elegido el indicador del estado de *salud mental*, ya que éste está asociado con una mayor resiliencia en la edad adulta frente a enfermedades, episodios negativos (pérdidas, dificultades), etc.

Otros indicadores elegidos para desarrollar el proyecto son el *apoyo social* (**determinante social**) ya que hay pruebas de que este influye en la salud mental y física de las personas. Además, en los entornos rurales, dado el despoblamiento muchas personas mayores viven solas y sufren de aislamiento.

Y dentro de los **servicios de salud y sociales**, se recoge una lista de recursos existentes, dado que en el entorno rural una buena coordinación de éstos junto a otras instituciones y colectivos del territorio resultan imprescindibles para llevar a cabo las actuaciones que se plantean más adelante.

ESTADO SOCIOECONÓMICO

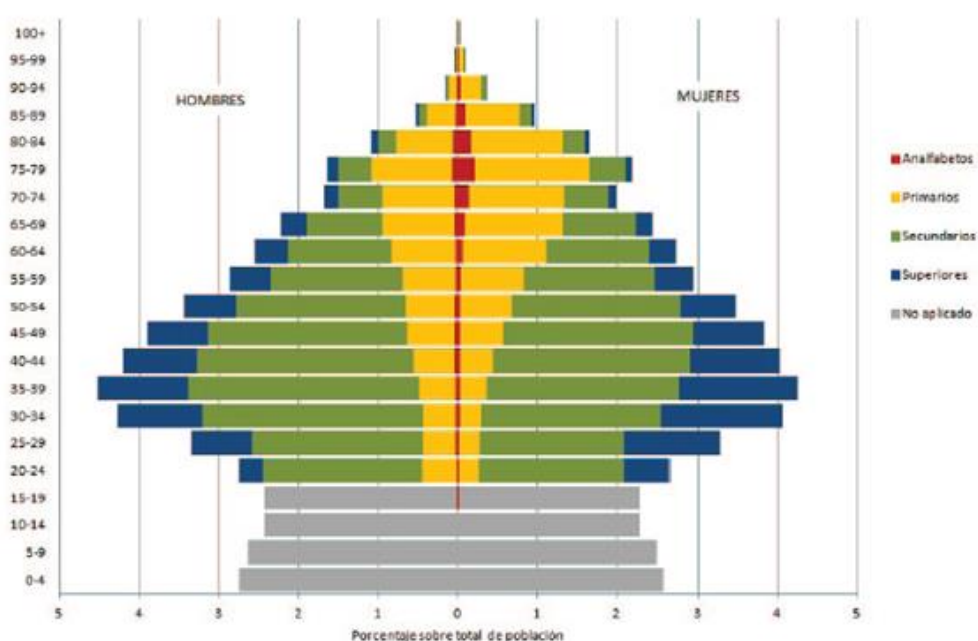
La seguridad económica es un determinante que marca la diferencia en la calidad de vida. La tasa de riesgo de pobreza en La Rioja (9,7%) respecto a la total nacional (21,6%) es 11,9. Aun así, las mujeres mayores de 64 años tienen un 2,4% más de riesgo de pobreza que los hombres. Además, las personas mayores de 65 años en España, tienen un riesgo de pobreza del 14,8%, en el 2017 muy inferior a la tasa de la población de 18 a 64 años (21,7%), pero también inferior a la de los menores de 18 años (28,3%).

Esto se debe a que la gran mayoría de personas mayores de 65 años del territorio nacional recibe algún tipo de pensión de la seguridad social (pensión no contributiva, pensión por jubilación, etc.). Aun así no debe confundir, que tal vez la situación de los mayores es mejor debido a que la del resto ha empeorado y ello causa que el umbral de la pobreza baja (16).

NIVEL DE EDUCACIÓN

El nivel educativo alcanzado influye en el estado de salud al influir en el tipo de trabajo a desempeñar y también en la retribución salarial. Al observar la pirámide de población por nivel de estudios del 2011, se observa que las personas mayores de 70 años poseen mayormente un nivel de estudios primarios, habiendo pocos que alcanzaron estudios superiores.

Gráfico 5. Pirámide de población por nivel de estudios, 2011



Fuente: Instituto nacional de estadística INE.

En La Rioja, según el informe de mercado laboral de La Rioja en 2012, el 74,8% de los demandantes de empleo poseían una titulación igual o inferior a la Educación Secundaria Obligatoria, el 16,37% poseían Bachillerato o una Formación Profesional y el 8,82% títulos Universitarios. Según el INE del 2011, 741 mujeres de 55 años y más en La Rioja era analfabeta frente a 171 hombres.

Tabla 4. Población De 16 años y más por nivel de formación alcanzado y grupo de edad en La Rioja IV trimestre 2010.

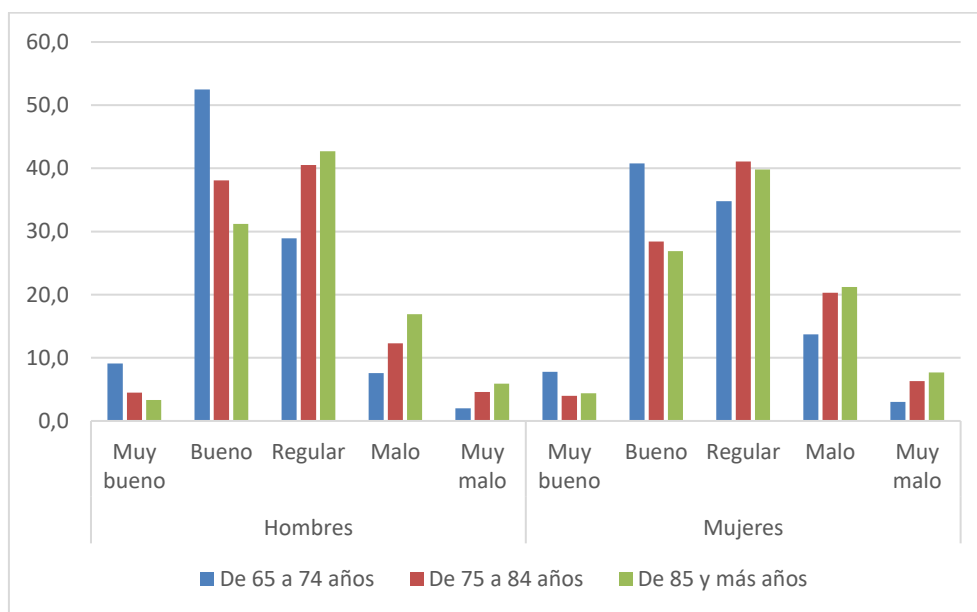
	La Rioja				
	Total	De 16 a 19	De 20 a 24	De 25 a 54	55 y más años
Hombres	130.084	5.770	8.129	73.353	42.832
Educación primaria	38.100	2.375	383	9.446	25.897
Educación secundaria	70.057	3.136	6.397	47.855	12.670
Educación superior, excepto doctorado	20.300	91	1.350	15.100	3.759
Doctorado	392	0	0	222	171
Analfabetos	1.235	168	0	731	336
Mujeres	132.669	5.509	7.939	70.116	49.105
Educación primaria	42.093	1.110	780	7.420	32.783
Educación secundaria	64.034	4.399	5.530	41.906	12.198
Educación superior, excepto doctorado	24.712	0	1.628	19.702	3.382
Doctorado	198	0	0	198	0
Analfabetos	1.631	0	0	890	741

Fuente: Encuesta de Población Activa del INE de La Rioja, 2010.

SALUD PERCIBIDA

Para hacerse una idea del estado de salud de la población, se desarrolló un indicador dentro de la Encuesta de Salud Nacional conocido como “la valoración del estado de salud percibida”. Se trata de un indicador que evalúa la percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de salud general en los últimos 12 meses. Se distinguen 5 niveles: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo. Se plantean cuestiones donde las personas valoran su estado de salud percibido, enfermedades crónicas, limitaciones, etc. (15) En España según datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2017 un 54,07% de las personas mayores de 65 años percibe su estado de salud buena, y a partir de los 75 años esta percepción disminuye a un 35,4% (15). Los hombres en general tienen una percepción mejor de su salud (78% muy buena o buena) respecto a las mujeres (70%) (15). En la Rioja, según la ENS el 73,73% de la población percibe su estado de salud como buena o muy buena (15).

Gráfico 6. Valoración del estado de salud percibido (%) en los últimos 12 meses, en la población mayor de 65 años residente en España.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2017.

Dentro de las principales causas de muerte En España la tasas de mortalidad masculina según causa, superan en todos los grupos de edad (30 años y más) la tasa de mortalidad de las mujeres, excepto por cáncer de mama (15) . En los varones mayores de 65 años predominan los tumores, frente a las enfermedades del sistema circulatorio en el caso de las mujeres. En términos

generales son los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio las responsables de la gran mayoría de las muertes de las personas de edad avanzada (16).

En La Rioja, el patrón es similar. Las tres principales causas de muerte en los mayores de 65 años en La Rioja son los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del sistema respiratorio (17). En las mujeres predominan otras enfermedades del corazón, la enfermedad de Alzheimer y la insuficiencia cardíaca. En los hombres priorizan el tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, excepto el asma (17).

Tabla 5. Principales causas de muerte por sexo (%), todas las edades en España.

	2016	
	Hombres	Mujeres
Todas las causas	100,0	100,0
Tumores	32,8	22,0
Enfermedades del sistema circulatorio	26,5	32,0
Enfermedades del sistema respiratorio	12,5	10,2
Enfermedades del sistema digestivo	5,1	4,7
Causas externas de mortalidad	4,7	2,9
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	4,7	7,7
Trastornos mentales y del comportamiento	3,4	6,9
Otras causas	3,3	4,6
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,6	3,6
Enfermedades del sistema genitourinario	2,6	3,4
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,8	2,1

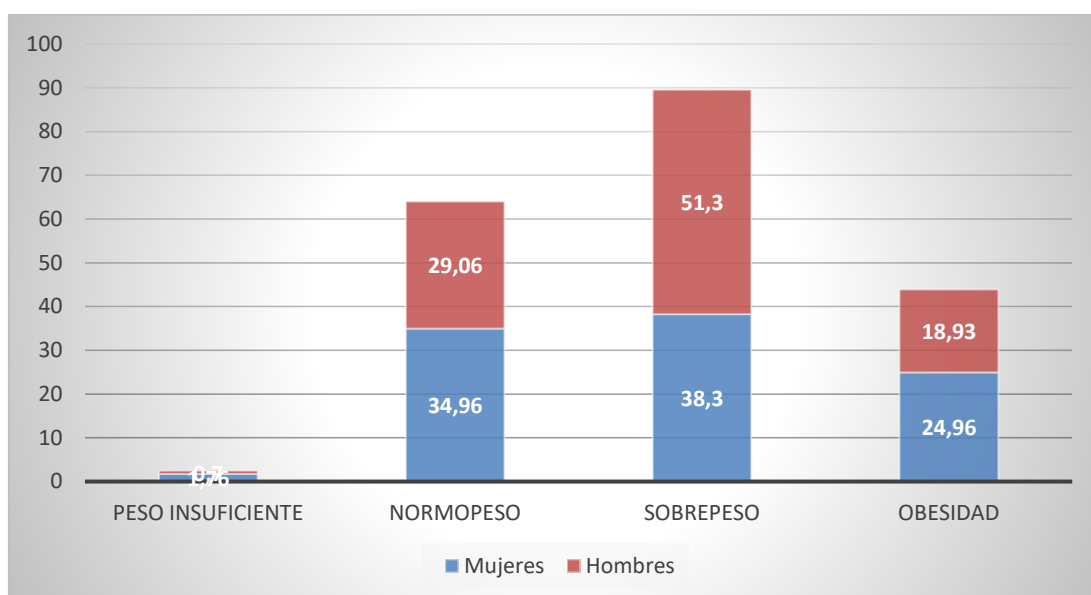
Fuente: INE, 2016.

OBESIDAD Y SOBREPESO

El índice de masa corporal se define como la relación entre el peso del individuo en kg y el cuadrado de la talla en metros. $IMC = Kg/m^2$. A partir de este índice se define el estado de peso de la población mayor de 18 años (15,18). Este dato resulta de interés dado que en los últimos años numerosas investigaciones han podido relacionar la obesidad con problemas cardiovasculares y diabetes mellitus (19). En términos generales en España un 17,4% de la población adulta (17 años y más) padece obesidad. Considerando la obesidad y el sobrepeso conjuntamente, más de la mitad (54,4%) de la población adulta tiene exceso de peso (15) .Así mismo, un 43,86% de la población mayor de 65 años padece sobrepeso. La obesidad y el

sobrepeso es más frecuente en hombres que en mujeres. La obesidad respecto al sexo es a expensas de los menores de 65 años, superando las mujeres a los hombres a partir de esa edad. En cambio, el sobrepeso es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad (15). Según la ENS 2017, la disparidad de la obesidad se observa al tener en cuenta la clase social. Y es que las mujeres de clase social I tienen un 7,3% de obesidad, mientras que las que pertenecen a la clase social IV, un 24% (15). Por grupos de edad y nivel de ingresos, en personas mayores de 65 años no se observa diferencia, alcanzando casi un 50% valores de sobrepeso(15). En la misma línea, un 52,46% de la población adulta en La Rioja tiene sobrepeso y/u obesidad (15).

Gráfico 7. Índice de masa corporal por grupos de edad y sexo (%) de la población mayor de 65 años.

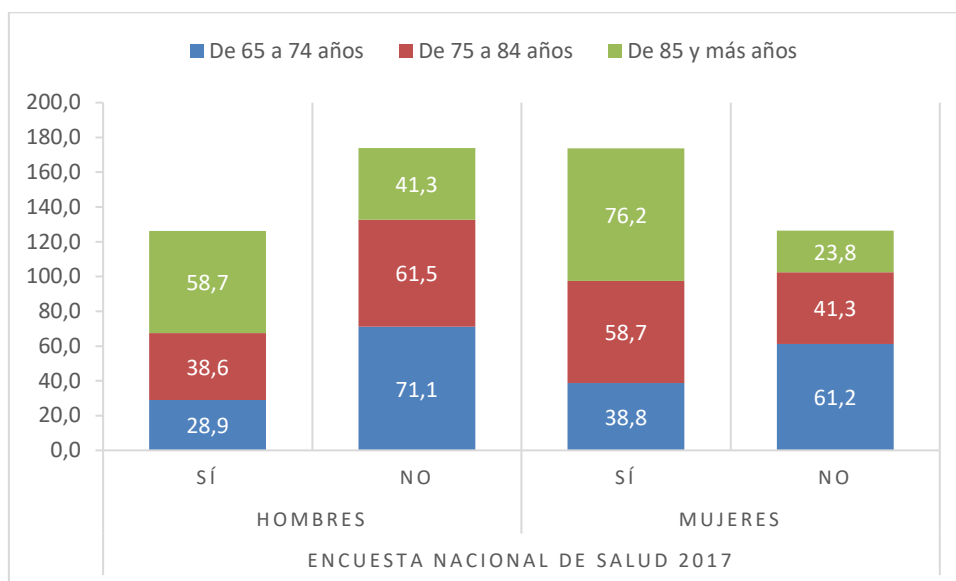


Fuente: Instituto Nacional de Estadística, ENSE 2017.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA

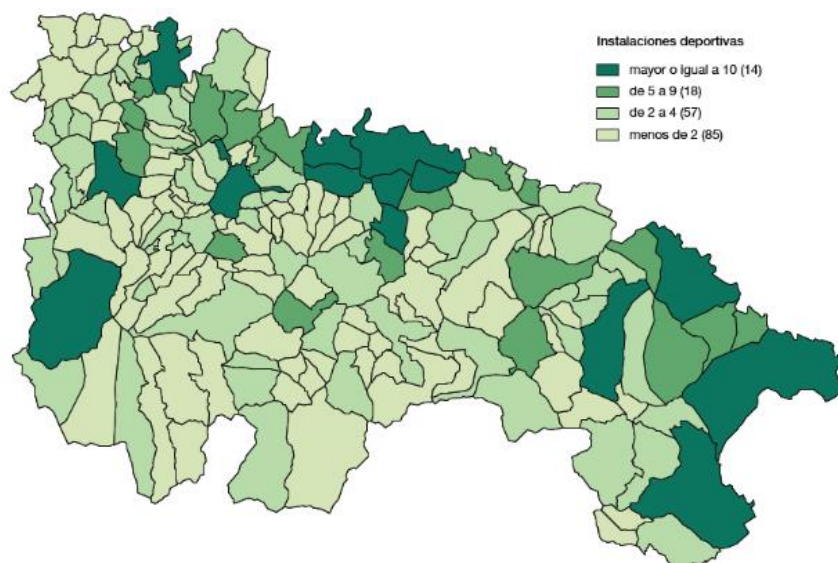
En España, el 35,3% de la población entre 15 y 69 años en general no alcanza el nivel recomendado por la OMS de actividad física saludable (15). Las personas mayores de 65 años no realizan un gran esfuerzo a diario pasando la mayor parte de su tiempo de pie. En efecto, las actividades que suponen un gran esfuerzo para este grupo de edad, están por debajo del 2% y a medida que avanza la edad aumenta el porcentaje de actividad sedentaria (15). En La Rioja los datos no cambian mucho. Según la ENS 2017, se estima que aproximadamente el 46% de la población adulta riojana realiza tareas de poco esfuerzo y además el 33,55% pasan la mayor parte del tiempo sentados (15).

Gráfico 8. Sedentarismo por grupos de edad y sexo (%) de la población adulta en España.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, ENSE 2017.

Ilustración 11. Número de Instalaciones deportivas en La Rioja, 2014.



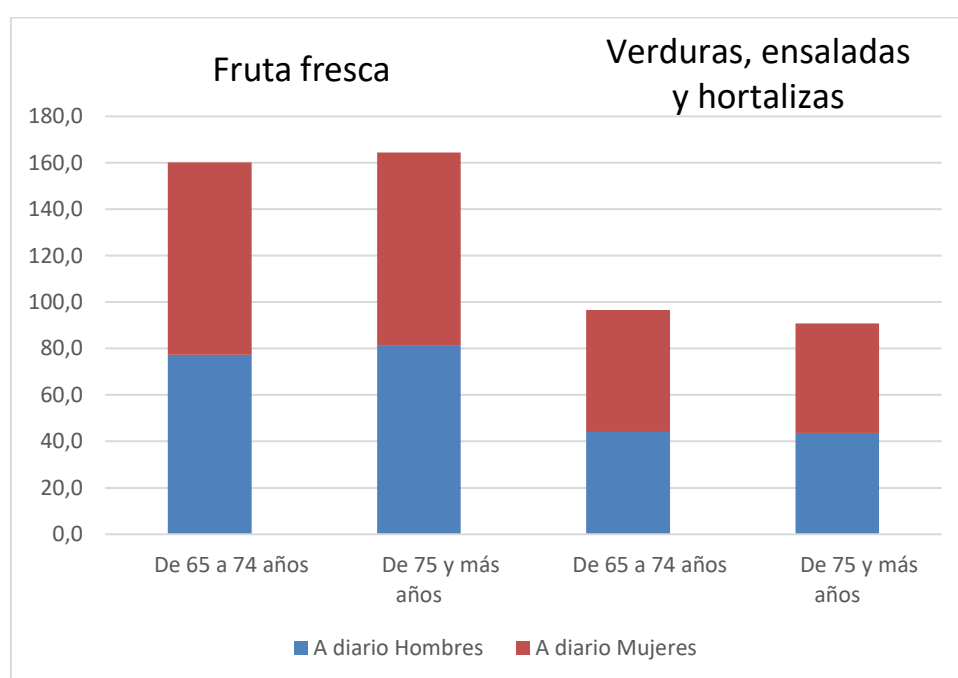
Fuente: Instituto de Estadística de La Rioja, 2012.

ALIMENTACIÓN

Respecto a la alimentación, en España se goza de una buena tradición alimentaria. Las frutas, verduras y legumbres son los principales componentes de nuestros platos. Así lo demuestra la ENS del 2017, donde las personas mayores de 55 años consumen en su gran mayoría frutas,

verduras, lácteos, arroz, patatas cereales y pan a diario, dejando los dulces o comida rápida a un consumo prácticamente nulo. Si es cierto que el consumo de legumbres se hace entre una y dos veces a la semana al igual que las carnes, el pescado y los huevos(15) En La Rioja, en el conjunto de la población, un 61% consume a diario fruta fresca y verduras y un 15% consume legumbres tres veces a la semana. El arroz, las patatas y la pasta se consume diariamente por un 12% y tres veces por semana por un 44% de la población. La comida rápida es consumida tres veces por semana por un 3,8% de la población frente al 4,6% de los españoles. Por otra parte, los dulces, en la comunidad riojana se toman prácticamente a diario sin haber diferencias por edad (15).

Gráfico 9. Consumo a diario de frutas, verduras, ensaladas y hortalizas según sexo y grupos de edad (%).



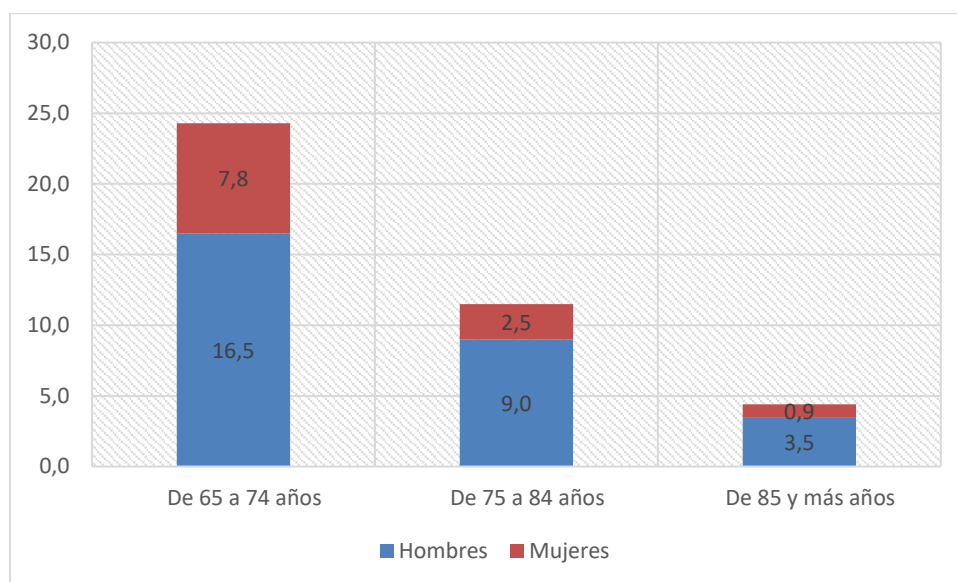
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2017.

TABACO

En España 1 de cada 4 personas de 65 años y más fuma a diario habiendo más hombres que mujeres (15). En La Rioja 1 de cada 4 personas fuma a diario; mientras un 19, 8% de mujeres fuman a diario, un 29,2% de hombres lo hacen. Según los datos de la Encuesta de Salud del 2017 se pone de manifiesto una reducción del consumo de cigarrillos a diario y el 45,6% de los hombres y el 38% de las mujeres reconoce fumar menos que hace dos años. La encuesta

también refleja que un 64,4% de hombres y un 68,2% de mujeres no desean dejar de fumar. Asimismo, el informe EDADES 2018 sobre alcohol y drogas (20) en España, muestra que el 69,7% de la población entre 15 y 65 años declara haber fumado alguna vez en su vida, siendo 43,8% de hombres y un 28,9% de mujeres que fuman a diario.

Gráfico 10. Consumo de tabaco a diario (%) según sexo, en la población adulta de España.

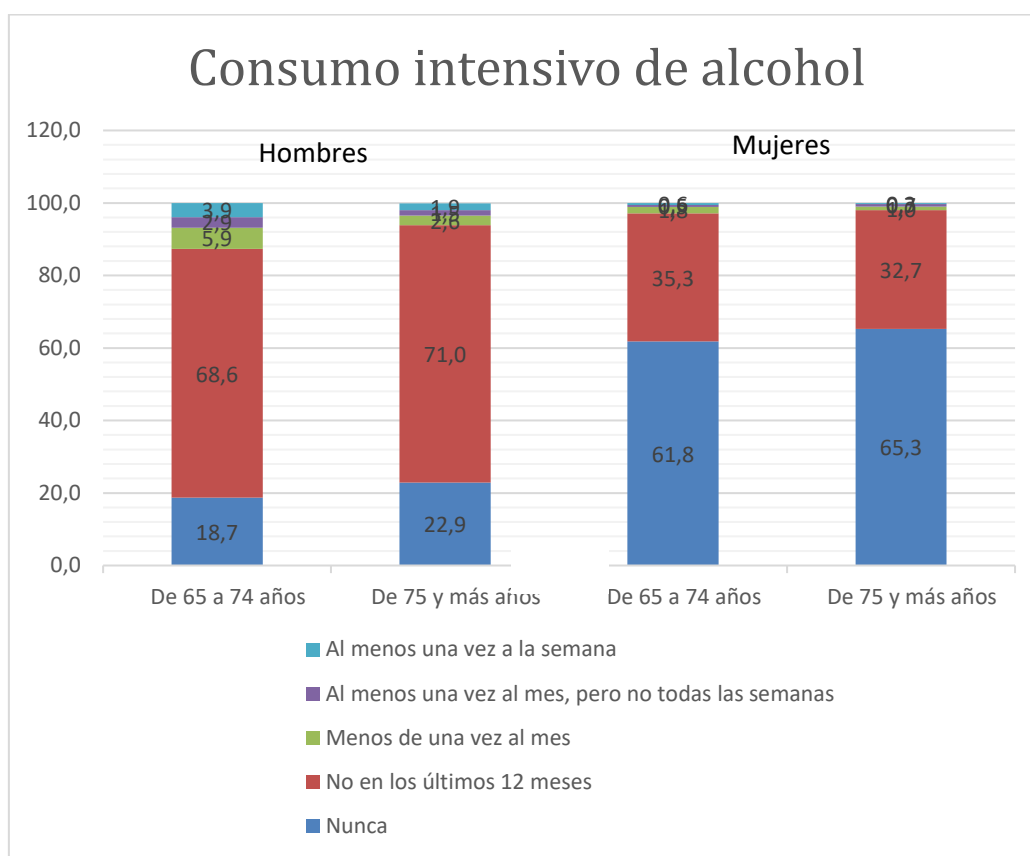


Fuente: Instituto Nacional de Estadística, ENSE 2017.

ALCOHOL

En cuanto se trata de alcohol en España se aprecia que el consumo es a diario en ambos sexos entre los 55 y los 80 años y más. Y en La Rioja, el consumo refleja que el 68,2% de los varones frente al 41,4% de las mujeres han consumido alcohol en las últimas dos semanas previas a la encuesta. Según dicho informe, el 98,6% de los hombres y el 91,9% de las mujeres de entre 15 y 65 años han probado alguna vez el alcohol. Sólo el 5,5% de mujeres y un 18% de hombres lo consumen a diario (20).

Gráfico 11. Consumo de alcohol (%) según sexo y en la población adulta en España.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, ENSE 2017.

APOYO SOCIAL FUNCIONAL PERCIBIDO

En España la población mayor de 65 años considera tener un alto apoyo social al alcanzar una puntuación de media en torno al 48% siendo el valor máximo de 55 puntos (15). En La Rioja, las mujeres de 65 y más años presentan mayor grado de dependencia que los hombres, 25,6% frente a 18,1% respectivamente. En gran medida, los problemas físicos son los que crean más dependencia aunque en el caso de las mujeres también son las limitaciones de tipo mental (12). Por otra parte, apoyo a las personas mayores proviene en gran medida de la familia

SALUD MENTAL

En términos generales, la salud mental de la población adulta en España tiende a ser buena, aun siendo mejor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, al tener en cuenta la edad, en torno a los 75 años, la salud mental va empeorando alcanzando una media entorno al 2,

sabiendo que esta va de 0 a 12, de mejor a peor. Se mantiene el peor estado de salud mental en las mujeres en edades avanzadas (15).

En La Rioja, la media de los valores de salud mental para la población adulta (+ 15 años) se sitúa en 1,37, habiendo una diferencia de casi medio punto de más para las mujeres (15). Así mismo, la depresión en las personas mayores se sitúa en torno al 13% , habiendo un uso mayor de fármacos psicotrópicos entre las mujeres (15).

VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

En el 2017, casi la mitad de la población mayor de 65 años fue vacunada de la gripe. Sin embargo, desde el 2006 la cobertura de la vacunación ante la gripe está decayendo entre la población de 65 años y más (15). Teniendo en cuenta que el 53% de los casos de gripe que se registraron pertenecen a personas mayores de 64 años y que las consecuencias pueden ser fatales, la importancia de las campañas de vacunación es un factor a tener en cuenta desde los centros de Atención Primaria.

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA VIDA DIARIA/TASA DE DEPENDENCIA

En España la realización o la limitación en la realización de alguna o todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como asearse, vestirse, comer, etc. y en la utilización de algún dispositivo de ayuda técnica o personal (AIVD) comienza a partir de los 75 años. Casi un 100% del total se debe mayormente a problemas físicos (15). En La Rioja la tasa de dependencia en el 2017 para personas mayores de 65 años se situó en un 32,3%, 8 puntos más que en 2005. La discapacidad para las ABVD en población mayor de 64 años se sitúa entre el 15 y 25 %, aumentando en los mayores de 75 años hasta el 25 y 35 % y en las mujeres, más de la mitad de las personas con discapacidad son mujeres (15).

Tabla 6. Indicadores demográficos básico de La Rioja.

Año 2017	La Rioja	España
Edad media (años)	44,03	43
Índice de envejecimiento (%)	130,9	118,4
Tasa de dependencia (%)	57	53,9
Tasa de dependencia <16 años (%)	24,7	24,7
Tasa de dependencia >64 años (%)	32,3	29,2

Fuente: Indicadores básicos de estructura de la población, INE, 2017.

Según datos de la Dirección General de Servicios Sociales de La Rioja en el grupo de 65 a 74 años, 363 personas tienen dependencia grado I, 338, grado II y 241, grado III. Estas cifras ascienden, en el grupo de mayores de 74 años, a 2.382, 2.331 y 2.006 respectivamente.

7 PROYECTO ACTÍVATE Y PARTICIPA: PROMOVRIENDO UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE DESDE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA.

7.1 DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto “Actívate a los 60, a los 70 y a los 80”, es un proyecto diseñado para dar respuesta al objetivo de Envejecimiento Activo que tiene La Rioja marcado dentro de la Agenda para la Población en el 2030.

Con este proyecto se pretende que las personas mayores sanas o con alguna enfermedad crónica, pero sin ningún grado de dependencia, que viven en la zona de la sierra riojana, que se encuentran aisladas muchas veces y en ocasiones con bajos recursos sociales y sanitarios, puedan envejecer con calidad de vida y que a la vez puedan hacerlo en su territorio.

7.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

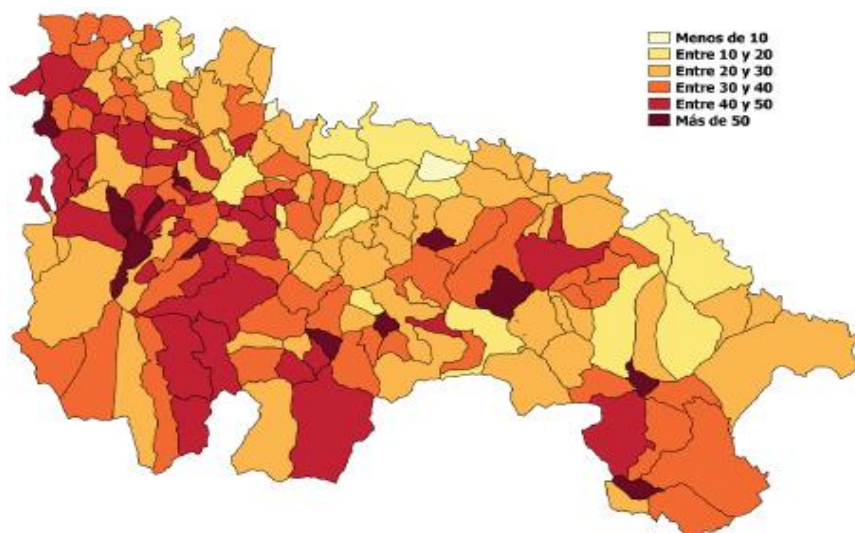
Las personas mayores que viven en la sierra tienen necesidades específicas que dependen del tipo de hábitat y de la insuficiencia e inadecuación de servicios que se ubican en ellos (21). En La Rioja, la parte sur se caracteriza por ser predominantemente rural y con características orográficas montañosas que dificultan la participación social y el acceso a los servicios básicos, sobre todo, de las personas mayores. Esta región, conocida como la sierra celtíbera y la Laponia de España, está amenazada por el gran despoblamiento. Durante los años 50 y 60 se produjo un gran movimiento migratorio hacia la ciudad y aún en la actualidad está teniendo lugar. Alrededor del 57% de la población se ha desplazado hacia entornos más urbanos, pueblos más grandes con más servicios y hacia la capital riojana, Logroño donde existe una mayor oferta de empleo. Además del despoblamiento, el envejecimiento de la población y la masculinización del entorno, son también dos problemas importantes que solventar.

Por medio de la coordinación y la organización de los recursos existentes que promueven bienestar, junto al apoyo institucional correspondiente y la participación activa de los miembros de las comunidades se ha comprobado por otros proyectos llevados a cabo en otras CCAA, que tienen efectos muy positivos en la salud y en la calidad de vida de las personas mayores. Véase

el programa Rompiendo Distancias en el Principado de Asturias (22) , o la empresa EUTSI en El Valle de Salazar en Navarra.

Según la proporción de personas mayores de 64 años, las mayores concentraciones de esta población se localizan en los municipios más pequeños. De hecho el dato más alto, lo registran las localidades de menos de 51 habitantes con el 39,31% (13).

Ilustración 12. Proporción de personas mayores de 64 años (%) a 1 de enero de 2016.



Fuente: Revisión del Padrón municipal de La Rioja, INE, 2016.

Es importante que este proyecto sea sostenible en el tiempo. Para ello, la metodología a emplear será fundamentalmente comunitaria, con el fin de optimizar y coordinar los recursos intersectoriales: sanitarios, sociales, escolares, agentes de desarrollo rural, turismo, etc. Como valores estratégicos se buscará el empoderamiento de las personas, capacitándolas y dándoles poder para que se sientan protagonistas e importantes en el desarrollo de su comunidad, la participación activa del colectivo mayor y el trabajo intergeneracional ya que en lugares con tan poca población resulta más eficiente trabajar con todos a la vez (21). Esta metodología, busca que, en un futuro, los recursos intersectoriales se coordinen por sí solos para trabajar en común con un mismo fin; promover un envejecimiento activo y de calidad.

El fundamento de este proyecto se encuentra en EL Informe de Las Personas Mayores del 2016. En dicho Informe se argumenta la exclusión social de las personas mayores de 65 años por razón de territorio. Esta inequidad se manifiesta en la desigualdad al acceso a recursos socio-culturales, servicios asistenciales, la participación comunitaria y política y las redes familiares y sociales (24). Así mismo, reveló un sentimiento mayor de aislamiento y soledad al carecer de familia en proximidad que les ayuden en la vejez o en casos de viudedad. Y también como los

centros de atención a personas mayores como son las residencias o los centros de día no llegan a las poblaciones pequeñas. Algo similar sucede con los servicios a domicilio que no se prestan adecuadamente, recayendo el peso del cuidado de las persona mayores con dependencia, sobre la familia (21).

En un inicio, este proyecto, se va a realizar como parte de un proyecto piloto en dos zonas rurales de la sierra por la complejidad del acceso a los servicios, la dispersión de la población y el sobre envejecimiento de la población. Las propuestas que se van a plantear tienen una base del Informe de Envejecimiento Activo redactado por la OMS, centradas en el pilar de la SALUD, mantener la capacidad funcional, PARTICIPACIÓN, dinamizando las asociaciones y creando voluntariado, APRENDIZAJE CONTINUO, en el conocimiento del uso de las nuevas TICs, SEGURIDAD, dando apoyo social para evitar el aislamiento y la soledad. Es difícil separarlas, ya que todas influyen entre sí. Lo que sí se pretende es, que las personas mayores participen activamente y conozcan las TICs ya que este último puede servir para mejorar muchas situaciones de soledad, conectan con la familia, permite el acceso a recursos bancarios, a servicios de ocio, etc.

Se pretende reducir dicha discriminación por razón de territorio y para ello debe dar soluciones a situaciones concretas por lo que debe ser flexible en todo momento. Hasta el momento, la mayoría de los programas de envejecimiento activo se llevaban a cabo en núcleos más grandes. Dadas las particularidades del entorno en el que se centra este proyecto, estas actividades no se pueden replicar.

Durante el año 2020, se realizará un conocimiento exhaustivo de las poblaciones donde se quiere implantar el proyecto: modos de vida, recursos y servicios disponibles, accesibilidad a éstos, necesidades sentidas, etc. Por medio de encuestas, reuniones, charlas formativas y motivación se realizará dicho conocimiento y será el inicio de un trabajo comunitario, sostenible en el tiempo y beneficioso para las personas mayores de los entornos rurales de la sierra riojana. Nuestra misión, promover un envejecimiento activo desde la participación social. Nuestra visión, lograr realizar pequeños cambios en el entorno rural que supongan grandes logros con el paso del tiempo en el modo de envejecer, con calidad de vida. Los valores, transparencia, trabajo comunitario, escucha activa, etc.

7.3 MARCO LEGAL

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de La Rioja, aprobado por Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, en su artículo 8, establece la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de asistencia y servicios sociales, así como en materia de promoción e integración de los discapacitados, emigrantes, tercera edad y demás grupos sociales.

En el ámbito estatal se tiene:

La Constitución Española del 1978 en su Título 1, capítulo III, artículo 49 hace referencia a una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada. Así en el artículo siguiente se hace mención a la Tercer Edad a la cual se le asegurará una prestación económica adecuada y se la proporcionará bienestar a través de un sistema de servicios sociales que atenderá las necesidades en vivienda, salud, cultura y ocio. (Constitución española)

En este mismo capítulo, el **artículo 43** reconoce el derecho a la protección de la salud y es competencia de los poderes públicos el organizar los servicios necesarios para ello. Así mismo el **artículo 41** garantiza un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y prestaciones sociales en situaciones de necesidad. (Constitución española).

En 2006 se redacta la **Ley 39/2006 de 14 de diciembre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia**. El punto nº 1 de dicho artículo concreta el término autonomía, entendiendo como tal “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.

Así definida, la autonomía engloba los términos decisiones personales y actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Esta ley se centra más en la atención a las personas con algún grado de dependencia más que en la promoción de la autonomía y estilos saludable para un envejecimiento activo.

Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero, por el que se regula el Consejo Estatal de las Personas Mayores. Este Real Decreto tiene el fin de institucionalizar la colaboración y participación del movimiento asociativo de las personas mayores.

El **primer Plan de Personas Mayores** que se elabora en La Rioja coincide en fecha con la Asamblea de Madrid sobre envejecimiento. Su duración se estableció en 4 años, del 2002 al 2005.

Dos años después de acabar la permanencia del primer plan se elaboró el **Segundo Plan de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia**

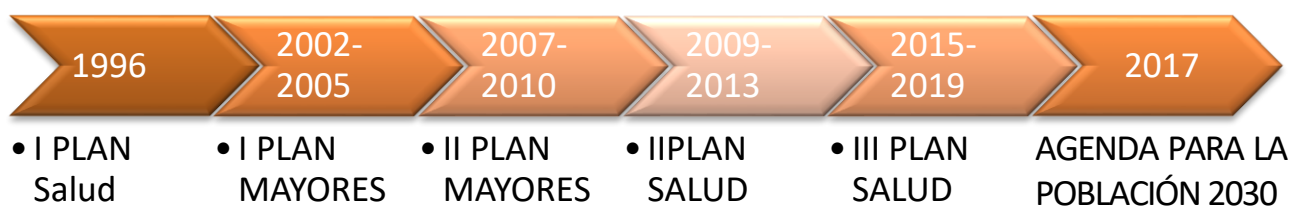
(2007-2010) con un enfoque hacia la promoción de la Autonomía de las Personas Mayores y de Atención Socio sanitaria a las personas que tienen algún grado de dependencia (26).

Al mismo tiempo que estos planes específicos, se desarrolla por el Rioja Salud, el **I Plan (1996) el II Plan 2009-2013 (27) y el III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019 (28)**. El segundo y el tercer Plan de Salud de La Rioja reservan un capítulo para el envejecimiento y marca como uno de sus objetivos, promover un envejecimiento saludable, fomentando conductas y hábitos saludables que permitan mantener una vida activa y autónoma.

Finalmente, en el 2017 dentro de **la Agenda para la Población en el 2030**, se contempla como objetivo estratégico mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentando su participación activa y adaptando los servicios sanitarios a sus necesidades (11). No obstante, estos planes u objetivos estratégicos se han focalizado en dar atención a las personas mayores que no se valen por sí mismas al 100% y se han centrado en medir el impacto que supone para adecuar medidas políticas.

Mientras tanto, en La Rioja no se ha elaborado un Plan Estratégico sobre Envejecimiento Activo, sino que se ha marcado como objetivo dentro de la Agenda para la Población 2030. En efecto se están promoviendo programas de envejecimiento activo para el fomento de las capacidades físicas y mentales, como se puede encontrar en Tudelilla (Rioja Baja) y la puesta en marcha de un programa de Estimulación cognitiva en la sierra celtíbera, diseñado por la Asociación de Familiares con Alzheimer de la Rioja (AFA-R).

Gráfico 12. Antecedentes en la Planificación gerontológica de La Rioja.



Fuente: Elaboración Propia.

7.4 OBJETIVO PRINCIPAL

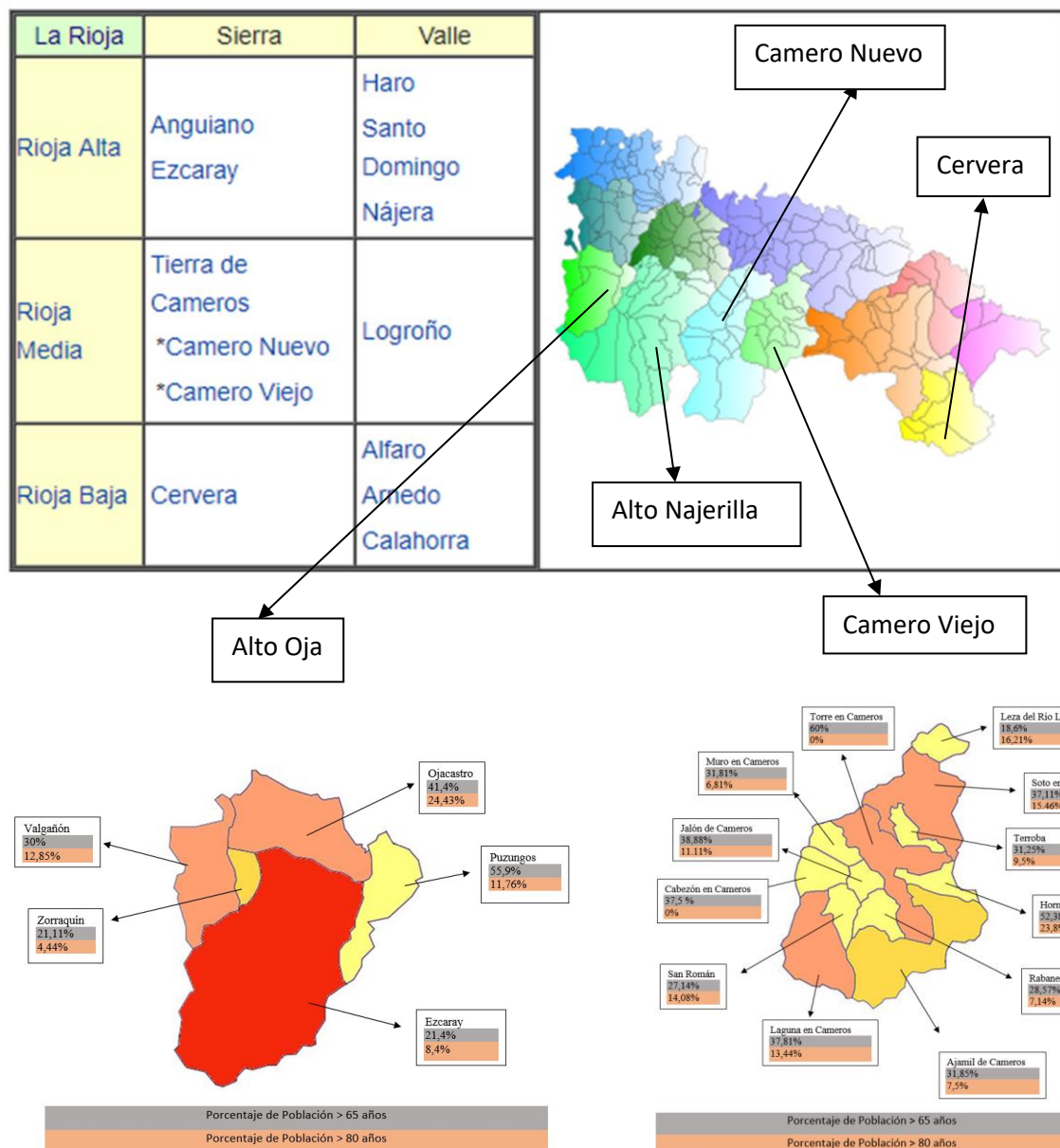
Promover un envejecimiento activo (EA) en las personas mayores de las comunidades rurales de la sierra riojana y fomentar la participación activa (PA) de éstos en todo lo relacionado con su calidad de vida, con el fin de promover su bienestar físico, mental y psicosocial, pudiendo vivir en su territorio.

7.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar una estrategia comunitaria que permita conocer las necesidades de las personas mayores que viven en el entorno rural y optimizar los recursos existentes.
- Potenciar la capacidad intrínseca de las personas mayores desde los centros de Atención Primaria de Salud/Consultorios médicos.
- Potenciar la capacidad funcional de las personas mayores en el medio rural, con el fin de optimizar la calidad de vida y el bienestar integral, en al menos un 50% de las personas > 65 años visitadas por los profesionales de Atención Primaria.
- Fomentar la participación activa entre un 50% de las personas mayores de cada municipio a la vez que se da una visión positiva del envejecimiento entre un 50% de la población.
- Prevenir la soledad y el aislamiento de las personas mayores a través del voluntariado en la sociedad y el conocimiento de las nuevas TICs.

7.6 POBLACIÓN DE REFERENCIA

La Comunidad Autónoma de La Rioja es una de las CCAA más pequeñas del territorio Español. Cuenta con una población total de 315.371 habitantes (29). Dicha población se distribuye en un total 174 municipios. Dentro de estos municipios se diferencian los urbanos y los rurales y este último en zona de valle o sierra.

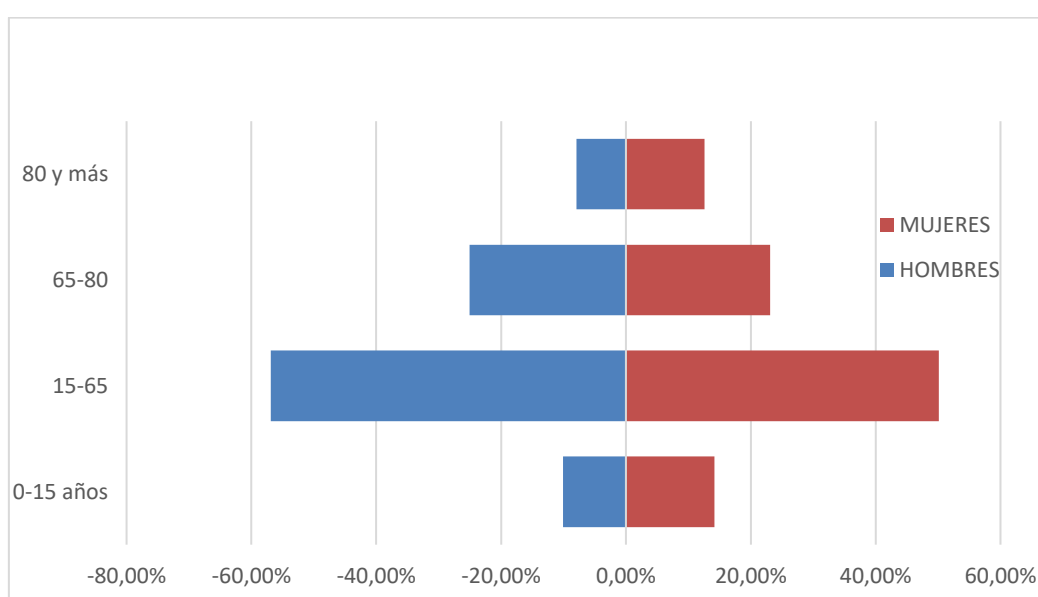


Este proyecto va dirigido a toda la población **mayor, entorno a los 65 años, que viven en la sierra celtíbera de La Rioja (imagen) .** Dada la complejidad del entorno rural, y la metodología comunitaria que se quiere emplear, y que suele abarcar mucho tiempo en producir cambios, el

programa se desarrollará en las comarcas del Alto Oja y del Camero Viejo. La comarca del Alto Oja se encuentra en la sierra de la Rioja Alta y el Camero Viejo forma parte de la sierra de la Rioja Media.

Un total de **1.209 personas mayores de 65 años (983 en Alto Oja y 226 en Camero Viejo) distribuidas en 17 municipios**. Como vemos en las figuras, en la comarca del Alto Oja la población mayoritaria es la de edad media, pero en un 25% los hombres tienen más de 65 años y en un poco más de 23% son mujeres. Además, se observa cómo la población mayor de 80 años supera el 10% en el caso de las mujeres.

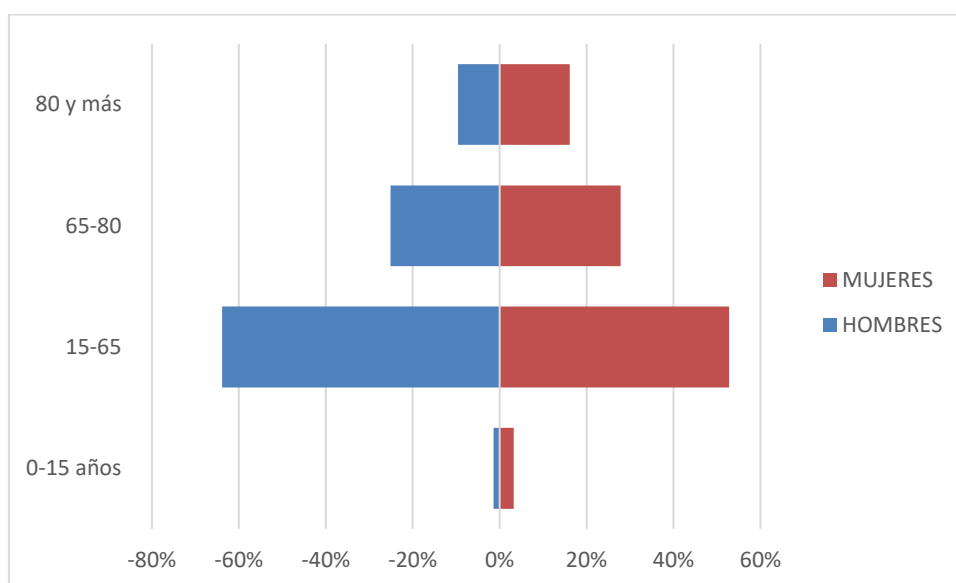
Gráfico 13. Representación de la población por grupos de edad del Alto Oja (%).



Fuente. Datos del Padrón Continuo de La Rioja, 2018. Elaboración propia.

En el caso del Camero Viejo, el gráfico 10 muestra la grave despoblación de la comarca, presentando una pirámide completamente invertida. La tasa de natalidad es muy baja y las personas mayores de 65 años superan al 25% de la población total.

Gráfico 14. Representación de la población por grupos de edad de la comarca del Camero Viejo.



Fuente. Datos del Padrón Continuo de La Rioja, 2018. Elaboración propia.

Se han elegido estas comarcas, porque aun siendo similares en cuanto a orografía no lo son en población y en recursos. La comarca del Alto Oja, posee más habitantes y más recursos sociosanitarios que la comarca del Camero Viejo. Ésta última no posee ni residencias para mayores ni centros de día, pero sí asociaciones de la 3ª edad en distintos municipios, hecho positivo para promover la participación social de este colectivo. De esta manera, se puede tener una visión más global de trabajo según los recursos existentes y los que hacen falta para replicar el proyecto al resto de las comarcas.

La comarca del Alto Oja a pesar del despoblamiento sufrido entre los años 50 y 60, vive un aumento considerable de su población a finales de los 80 gracias a su potencial económico proporcionado por el turismo, la caza y la pesca, así como las industrias textiles y del mueble situadas en Ezcaray.

Ezcaray, es la ciudad principal de la comarca y la que cuenta con más recursos; polideportivo, escuelas, piscinas, biblioteca, etc. Por lo que se pretende que sea el punto central de convivencia con el resto de los municipios para ciertas actividades propuestas.

Las personas mayores que requieren servicios sociales pueden acudir al centro coordinador de Servicios Sociales situado en Santo Domingo de la Calzada, a 15 km de Ezcaray.

Por el contrario, la comarca del Camero Viejo es la comarca de La Rioja más afectada por la despoblación. La ciudad principal es San Román y es aquí donde se pueden encontrar la mayor parte de los servicios. Tan sólo queda una escuela, con atención infantil y primaria situada en

San Román. En su pasado, la economía se fundamentaba en la ganadería, pero con el cese de esta actividad y el abandono de la población hoy se sustenta principalmente del turismo rural. Al igual que la comarca del Alto Oja, la mancomunidad del Camero Viejo puede acudir a los Servicios Sociales situado en Santo Domingo de la Calzada.

En el 2017, se creó el programa Acompaña2, con el fin de atender a la población mayor de La Rioja para dar servicio desde acompañamiento voluntario hasta atención psicosocial, pero no se sabe su grado de actuación en estas comarcas.

Otra parte de la población a la que va dirigido este proyecto son los agentes del territorio implicados: profesionales sanitarios, agentes sociales, miembros de los ayuntamientos, presidentes de asociaciones relacionados con las personas mayores, miembros de la escuela. A continuación, se muestra una relación de recursos con los que se cuenta en las comarcas.

7.7 RECURSOS DISPONIBLES

A continuación, se muestran los recursos sanitarios con los que cuentan ambas comarcas. Los centros, son pequeños con consultas pequeñas y una sala de espera. El personal de los centros de salud/consultorios médicos resultan imprescindibles ya que van a ser los promotores del programa en un primer momento y los captadores de los posibles participantes. Probablemente, al principio, habrá una resistencia al cambio, dado que supondrá un trabajo extra en su horario habitual laboral. Por ello, la formación constante y la información a todas las personas son necesarias para que este proyecto se lleve a cabo.

Tabla 7. Recursos sanitarios, centros ambulatorios de la Rioja Alta y de La Rioja Media.

Zona básica	Centro de Salud	Comarca	Dirección	Teléfono	Profesionales
Nº11-Rioja Alta	Santo Domingo de la Calzada	Punto de Atención continuada en Ezcaray	C/ Winnenden, esquina con Camino Lechares	941 27 90 50	2 médicos 2 enfermeras 5 trabajadoras sociales
Nº6-Rioja Media	Camero Viejo	Punto De Atención continuada en San Román de Cameros	C/ Julián Íñiguez, 1	941 46 40 08	1 médico 1 enfermera

Fuente: Servicios Sociales de La Rioja, 2018.
Elaboración propia

Tabla 8. Recursos asociativos en la comarca del Alto Oja y del Camero Viejo

Comarca	Nombre de la Asociación	Actividad Principal	Presidente/contacto
Alto Oja	Club de la Tercera Edad de Ezcaray	Socio cultural	Travesía González Gallarza, 4 26280
	Asociación de tercera edad de Pazuengos	Socio cultural	La Iglesia, 6 26226
Camero Viejo	Asociación Tercera Edad	Socio cultural	Soto en Cameros: 941 43 90 07
	Asociación de la 3ª edad, jubilados y pensionistas de Ajamil de Cameros	Socio cultural	
	Asociación de la 3ª edad, jubilados y pensionistas de Jalón de Cameros	Socio cultural	La Iglesia, s/n 26133
	Federación de asociaciones de la 3ª edad, jubilados y pensionistas de Camero Viejo	Socio cultural	El Santo, 5 26134
	Asociación de la 3ª edad, jubilados y pensionistas de Cabezón de Cameros	Socio cultural	La Fragua, 9 26135
	Asociación de la 3ª edad, jubilados y pensionistas de Muro de Cameros	Socio cultural	Antiguas Escuelas 26134
	Asociación de la 3ª edad, jubilados y pensionistas de Laguna de Cameros	Socio cultural	Ayuntamiento 26135
	Asociación Sociocultural de mujeres.	Sociocultural	Cervera del Río Alhama: Facebook

Fuente: Servicios Sociales de La Rioja, 2018.
Elaboración propia

Los recursos que se muestran en la siguiente tabla, corresponden a otros posibles recursos disponibles en los territorios que por las características del proyecto se va a solicitar que se trabaje conjuntamente. Asociaciones, escuelas, residencias de personas mayores, centros de día, centros de participación activa, instalaciones deportivas.

Y, por último, recursos sociosanitarios, educativos e instalaciones deportivas, útiles a la hora de plantear actividades, como las sesiones de ejercicio físico multicomponente en centros deportivos con material o los talleres intergeneracionales con las escuelas.

Tabla 9. Relación de recursos no sanitarios en la comarca del Alto Oja y del Camero Viejo.

Comarca			Nº Plazas
Alto Oja	Residencia	Hermanas Hospitalarias de Jesús Nazareno en Ezcaray. Jesús Nazareno, 1 26280 ezcarayresijn@yahoo.es ezcarayresijn@fhjnazareno.org 941 35 42 20	38
	Escuela	Una escuela de atención infantil y hasta 2º de la E.S.O. en Ezcaray	
	Instalaciones deportivas	Polideportivo público con sala de máquinas y sala para actividades deportivas. Piscinas municipales	
Camero Viejo	Residencia	No hay	
	Escuela	Colegio Rural agrupado: San Román de Cameros . Educación infantil y primaria.	
	Instalaciones deportivas	Frontón en Cabezón de Cameros.	

Fuente: Elaboración propia desde los datos obtenidos en el Portal del Gobierno de La Rioja, 2018

7.8 ACTIVIDADES PROPUESTAS

Objetivo 1. Desarrollar una estrategia comunitaria que permita conocer las necesidades de las personas mayores que viven en el entorno rural y optimizar los recursos existentes.	
Actividad: Formar un grupo promotor líder inicial del proyecto EA.	Resultado esperado: Grupo promotor consensuado
<p>a. El equipo sanitario de los centros médicos serán el grupo promotor del proyecto. Es decir, son ellos quienes van a dar inicio al proyecto. Enfermeras, médicos y trabajador social de los centros sanitarios implicados serán convocados por carta explicativa y llamada telefónica, un día en un lugar y a una hora para tener una primera reunión. El objetivo de esta reunión es formar un grupo promotor, impulsor del proyecto en la comarca en un primer momento, ya que la metodología a seguir pretende que en el futuro sean los propios miembros de la comunidad quienes se organicen (Ver ANEXO A).</p> <p>b. El lugar, será el centro de salud de referencia para cada comarca. En el Camero Viejo será en San Román de Cameros y en la comarca del Alto Oja en Ezcaray.</p> <p>c. Se recogerán los contactos de los asistentes (ver ANEXO B) para mantenerles informados del proceso del proyecto, marcar futuras reuniones, etc.</p>	
Actividad: Realizar entrevistas/encuestas, analizarlas y difundirlas	Resultado esperado: Encuestas realizadas. Informe final realizado.
<p>a. Una vez el grupo promotor esté compuesto, se procederá a reunirse con los agentes del territorio potenciales que trabajen con personas mayores (alcalde, escuelas, miembros de asociaciones de la 3ª edad). Para ello, se les enviará una carta para explicarles el motivo de la reunión (ver ANEXO C) y se les llamará por teléfono.</p> <p>b. Se elaborará una encuesta (ver ANEXO D) a pasar por un agente promotor (trabajador social y/o enfermería) a; el alcalde y a un líder de una asociación relacionado con la tercera edad. El tiempo estimado para realizar las encuestas será de dos semanas en total.</p> <p>c. Una vez hechas las encuestas se analizarán (en una semana) por el equipo promotor para elaborar un informe que ayude a conocer las necesidades y las prioridades de cada municipio</p>	

- d. Para la difusión del informe final, se establecerá una reunión con los agentes implicados (alcalde, líderes asociativos) y también se invitará a agentes potenciales del proyecto (director de la escuela, técnico de deportes del ayuntamiento, director de residencia de mayores, otras asociaciones.). Esta reunión tendrá características similares a la primera: explicar el proyecto, beneficios y metodología a seguir.
- e. Se tomará los contactos de todas las personas asistentes a las reuniones (teléfono, e-mail y correo postal del lugar de trabajo) con el fin de mantenerles informados en todo momento del proceso del proyecto, así como para convocarles a futuras reuniones.

Se planteará una reunión trimestral marcadas al inicio del año, aunque susceptibles de cambios según el proceso del proyecto. Una semana antes de la reunión se mandará un e-mail / SMS y uno o dos días antes se llamará para confirmar la asistencia. El fin de estas reuniones es una puesta en común del proyecto de EA promovido por el equipo sanitario (en dónde estamos y hacia dónde se quiere ir). En estas reuniones siempre habrá una sesión de formación en metodología comunitaria (práctica-teórica) para: recoger información y para formar a los agentes.

Actividad: Llevar a cabo sesiones formativas en metodología comunitaria para profesionales sociosanitarios y agentes del territorio

Resultado esperado:

Sesiones realizadas

Agentes y profesionales formados

- a. Con el fin de optimizar los recursos en los medios rurales (sociales, escolares, turismo, sanitarios, casas de cultura, agentes de igualdad, etc.) es preciso formar a los agentes implicados en el programa de EA en intervención comunitaria para dotarles de estrategias y habilidades y para que en un futuro sean independientes del equipo promotor.
- b. El trabajador social del equipo promotor impulsará dicha actividad.
- c. Estas sesiones formarán parte de las reuniones trimestrales antes marcadas. Es decir, que la metodología propia de las reuniones será comunitaria y el trabajador social será quien organice y modere las sesiones.
- d. Las sesiones serán de dos horas de duración y se hará uso del manual de Metodologías Participativas de la editorial CIMAS con herramientas prácticas para dirigir las sesiones.

Objetivo 2. Potenciar la capacidad intrínseca de las personas mayores desde los centros de Atención Primaria de Salud/Consultorios médicos.	
Actividad: Integrar la guía de valoración geriátrica integral (VGI) entre profesionales sanitarios	Resultado esperado: Guía implantada en los centros de salud/consultorios médicos.
<p>El equipo promotor del centro de Atención Primaria implantará la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en la consulta (Ver ANEXO E).</p> <p>La VGI implica la cuantificación de todos los atributos y déficits importantes, médicos, funcionales y psicosociales, de las personas mayores con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y utilización de recursos. Esta valoración tiene una serie de ventajas como disminuir la mortalidad y aumentar la utilización de recursos y servicios comunitarios.</p>	
Actividad: Capacitar a los profesionales de At. Primaria en cómo realizar una VGI	Resultado esperado: Personal de salud capacitado
<p>El profesional sanitario es la ventana de contacto con las personas mayores. Previamente a la integración definitiva en la consulta de la VGI, se requiere realizar sesiones formativas para aprender a realizar una adecuada VGI.</p> <p>a. Los profesionales sanitarios destinados a los ambulatorios de los municipios de las comarcas del proyecto serán convocados por carta a realizar dicha formación en el aula de formación del Rioja Salud en Logroño. Consistirá en una formación de 3 sesiones presenciales de 2 horas de duración cada una. En cada sesión se abordarán los temas de la guía. La metodología se basará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas para saber de qué conocimientos se parte. - Fases expositivas-teóricas para explicar el contenido de la guía. - Fase práctica en pequeños grupos para analizar casos y elabora un plan de cuidados individualizado. <p>b. La evaluación de la formación se realizará con un examen tipo test el último día de la formación. Para aprobar se requiere un 70% de las respuestas correctas. Se entregará un diploma acreditativo de la formación a aquellos participantes que hayan superado la prueba de examen y hayan cumplido con un 90% de la asistencia.</p>	
Actividad: Realizar la VGI de cada persona mayor y elaborar un plan de cuidados individualizado	Resultado esperado: Valoraciones realizadas
Las VGI tienen 4 partes: situación clínica, valoración funcional, salud mental y valoración social.	

<p>a. Para evaluar la capacidad intrínseca es necesario conocer las tres primeras partes. Para ello, el médico evaluará la situación clínica y la salud mental y la enfermera la valoración funcional y apoyará la parte de salud mental.</p> <p>b. Con el resultado, la enfermera elaborará un plan de cuidados individualizados.</p> <p>c. Estas VGI se realizarán a todas las personas mayores de 64 años que no tengan una VGI hecha previamente o con más de un año desde la última vez. Serán de periodicidad anual o si existen cambios en la situación de las personas (enfermedad crónica diagnosticada, accidente, hospitalización, etc.).</p>	
Actividad: Vigilar el cumplimiento del plan de cuidados individualizados	Resultado esperado: Planes de cuidados cumplidos
<p>El personal de enfermería responsable del plan de cuidador será la encargada de vigilar su cumplimiento. Evaluará si existen dificultades para seguir las recomendaciones médicas. Este seguimiento se realizará al mes del inicio del plan de cuidados en una cita en consulta. Si se cumplen las recomendaciones, la próxima evaluación será trimestral y si no se cumple mensual.</p>	

<p>Objetivo 3. Potenciar la capacidad funcional de las personas mayores en el medio rural, con el fin de optimizar la calidad de vida y el bienestar integral, en al menos un 50% de las personas > 65 años visitadas por los profesionales de Atención Primaria en el periodo de un año.</p>	
Actividad: Sesiones de ejercicio físico multicomponente con implicación cognitiva y adaptada a las características de los grupos (30).	Resultado esperado: Sesiones realizadas
<p>a. El programa de ejercicio físico multicomponente debe estar adaptado a las características de cada persona. Para ello, según la valoración de la capacidad funcional realizada en la VGI el profesional de enfermería recomendará la inscripción a dicho programa (ver ANEXO F).</p> <p>b. Se formarán dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grupos en forma: sanos, que realizan alguna actividad física más de 4 días a la semana. -Grupos con baja forma: que no están sanos (enfermedad crónica, polifarmacia, hábitos nocivos para la salud) pero no tienen un grado de dependencia. 	

- c. Las sesiones se llevarán a cabo por un profesional conocedor de ejercicio físico para personas mayores (contratado) durante todo el año escolar. Dos días a la semana de 1h y media de duración.

Los grupos serán de 10 a 20 personas durante todo el año escolar.

- d. El lugar para su realización será en una sala cedida por el Ayuntamiento de San Román de Cameros y en las Instalaciones deportivas de Ezcaray. Las personas se trasladarán en furgoneta desde su casa hasta el lugar.
- e. Se pretende con estas sesiones dar a conocer a las personas mayores la importancia de continuar realizando ejercicio físico durante la vejez; Mantener una postura correcta para evitar lesiones; así como la aceptación de los cambios físicos que se producen en esta etapa de la vida. La base de las sesiones serán ejercicios que fortalezcan la musculatura, potencien el equilibrio y mejoren la flexibilidad para prevenir la caídas (30).
- f. En la consulta de enfermería, se entregará un folleto con recomendaciones de ejercicios para realizar en casa, de manera complementaria (ver **ANEXO G**). Para llevar a cabo estas sesiones, se solicitará a los participantes su consentimiento informado (Ver **ANEXO H**).
- g. Cada participante deberá abonar 145 euros al año para financiar la actividad (coach, gasolina para los traslados).

Actividad: Paseos saludables por el entorno	Resultado esperado: paseos saludables realizados
<p>a. Desde los consultorios médicos, el profesional de enfermería organizará los paseos saludables. Será la encargada de informar, motivar e inscribir a las personas en los paseos (ver ANEXO I).</p> <p>b. Se formará dos grupos según la VGI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos en forma: sanos, que realizan alguna actividad física más de 4 días a la semana. -Grupos con baja forma: que no están sanos (enfermedad crónica, polifarmacia, hábitos nocivos para la salud) pero no tienen un grado de dependencia. A los paseos acudirá el personal de enfermería y un voluntario joven/sano. Serán de una hora de duración, en horario de mañana (9:00h a 10:00h). Un máximo de 15 personas por paseo. <p>c. Se realizarán dos paseos mensuales, por los entornos de los municipios.</p>	

- d. Serán gratuitos previa inscripción,
- e.

PASEOS SALUDABLES
Salida y llegada desde los consultorios médicos. 1º y 3º lunes de cada mes de las 9:00h-10:00h
10' Calentamiento
40' Paseo a ritmo
10' Estiramientos

Actividad: Taller Envejecer con Salud	Resultado esperado: Taller realizado
<ul style="list-style-type: none"> a. Desde los centros de Salud se realizará un taller de 4 sesiones de 2 horas de duración cada una. Dirigido a personas mayores en torno a los 60 años que quieran desarrollar un envejecimiento activo y saludable (Ver ANEXO J). b. El objetivo del taller es que las personas participantes reorganicen sus informaciones y desarrollen recursos y habilidades para envejecer con el máximo de su capacidad funcional, permaneciendo activas, autónomas e independientes el mayor tiempo posible y con la mejor calidad de vida. c. La forma de trabajo será con exposiciones grupales, hablar de las experiencias personales y también habrá discusiones, análisis de casos, ejercicios, etc. Algunos aspectos se trabajarán en grupos grandes y otros con toda la clase. d. El personal de enfermería y trabajo social motivará a que las personas se inscriban y serán ellas mismas en realizar el taller. e. El lugar será una sala cedida por el ayuntamiento de fácil acceso. f. Al final de la sesión se entregarán recomendaciones para mantener una alimentación saludable (ver ANEXO K) y mente activa (ver ANEXO L). 	
Actividad: Sesiones grupales para seguir una alimentación saludable	Resultados esperados: sesiones realizadas
<ul style="list-style-type: none"> a. El objetivo del taller es dar la oportunidad a las personas mayores de modificar sus hábitos dietéticos si es preciso, para tener una vejez más saludable y prevenir enfermedades. b. La captación de las personas se realizará en los centros médicos y todas las personas mayores, en torno a los 64 años serán invitadas. c. El taller será organizado por los profesionales sanitarios. Serán sesiones de carácter general, sin ser específicos para determinadas enfermedades. 	

<p>d. Las sesiones se realizarán durante dos semanas con una duración de dos horas por sesión en horario de mañana de 10:30h a 12:30h y se llevarán a cabo en el centro de salud de San Román de Cameros y en Ezcaray (ver ANEXO).</p> <p>e. Se precisa inscripción al curso, y el taller es gratuito.</p> <p>f. Tanto al final del taller como en las consultas se entregarán folletos con recomendaciones (ver ANEXO).</p> <p>g. El control de la asistencia se realizará por una recogida de firmas de asistencia.</p> <p>h. Los cambios en los hábitos nutricionales serán evaluados a través del seguimiento telefónico o en consulta de enfermería/ tres meses, a ser considerado por números estudios la manera más positiva de un cambio de hábitos.</p>	
Actividad: Servicio de transporte para acceder a las sesiones a realizar de carácter prioritario	Resultado esperado: Disponer del servicio de transporte
<p>Disponer de un servicio de transporte para facilitar el acceso de las personas a las sesiones de ejercicios físico multicomponente supone una cuestión prioritaria y fundamental antes de organizar y desarrollar las sesiones.</p> <p>Se necesita una furgoneta homologada y adaptada a las personas mayores.</p> <p>Se precisa que el servicio de transporte (furgoneta y conductor) sea subvencionado por el servicio de salud pública (Rioja Salud) antes de poner en práctica el taller. Otra alternativa es que dicho taller salga a concurso para otorgarlo a una empresa privada, manteniendo los precios establecidos.</p>	

<p>Objetivo 4. Fomentar la participación activa entre un 50% de las personas mayores de cada municipio a la vez que se da una visión positiva del envejecimiento entre un 50% de la población en un periodo de dos años.</p>	
Actividad: Dinamizar asociaciones de personas mayores.	Resultado esperado: Asociaciones u colectivos dinamizados.
<p>a. Desarrollar actuaciones conjuntas que promuevan un EA entre los servicios sanitarios, sociales, ayuntamientos y las asociaciones de los municipios fomenta la optimización de los recursos existentes y sirve para que la sociedad sea para todas las edades.</p> <p>Las iniciativas que se plantean son aquellas que promuevan hábitos saludables para la vida, ocio creativo para aumentar el interés hacia otras áreas.</p>	

<p>Por ello las actividades que se promueven desde los centros de atención primaria son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita cultural: Excursión a Soria el 10 de mayo 2020 - Día en la naturaleza: Ruta de las aldeas de Ezcaray el 27 de septiembre del 2020 - Comida popular el 16 de agosto coincidiendo con el día de la Virgen - Exposición fotográfica con fotos de antaño, meses de invierno. - Taller de conocimiento de las nuevas tecnologías organizado junto al ayuntamiento y servicios sociales. <p>b. Se convocarán a las asociaciones ya existentes tanto para la participación en las encuestas del inicio del proyecto como para el desarrollo y la realización de las actividades en EA.</p>	
<p>Actividad: Talleres de carácter intergeneracional.</p>	<p>Resultado esperado: Talleres realizados</p>
<p>Con estas actividades se pretende dar protagonismo a las personas mayores de la comunidad, convirtiéndose en maestras de la vida y guías transmisoras de conocimiento, convirtiéndose en referentes para las personas más jóvenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Junto a las escuelas se mantendrán reuniones para coordinar distintos talleres a lo largo del año dentro del programa de actividades extraescolares: - Incorporación en las aulas de “los abuelos y abuelas maestros”. Una vez al mes, una persona mayor de 70 años (si puede ser un abuelo de los niños), dará una charla a los niños de cómo era su vida cuando era joven. - Actividades intergeneracionales fuera de los centros escolares: una vez al mes, de los meses de abril a mayo y de septiembre a octubre, las escuelas invitarán a personas mayores a que organicen un paseo conjunto alrededor del pueblo, contando historia, haciendo de guía, etc. Los padres y todos los interesados podrán acudir. - Baile intergeneracional en la fiesta de celebración de fin de curso. 	
<p>Actividad: Difundir los recursos y servicios existentes en los municipios</p>	<p>Resultado esperado: Recursos comunitarios conocidos por la comunidad.</p>
<p>Difundir entre las personas mayores los recursos y servicios existentes en la comunidad para que los conozcan y participen activamente en ellos.</p> <p>Los consultorios médicos y los ayuntamientos municipales serán los encargados de realizar dicha difusión, así como la motivación en la participación como forma de contribuir a su bienestar y al de toda la comunidad.</p> <p>Para la difusión se utilizarán recursos en papel, información directa, la radio, periódicos y redes sociales.</p>	

Objetivo 5. Prevenir la soledad y el aislamiento de las personas mayores a través del voluntariado y el conocimiento de las nuevas TICs.	
Actividad: Valoración social desde los centros de salud para detectar posibles casos de soledad o aislamiento social	Resultados esperados: Valoraciones sociales realizadas
<ul style="list-style-type: none"> a. Los médicos y personal de enfermería de los consultorios médicos, al detectar posibles casos de aislamiento, soledad los derivarán directamente a la TS para que realice la valoración social pertinente (Parte social de la VGI). b. La TS, dependiendo del resultado ofrecerá la posibilidad de formar parte de un voluntariado y de participar en los talleres de promoción de la salud (antes citados), para mejorar su bienestar y sus relaciones sociales. c. La TS evaluará mensualmente los casos detectados para planificar los cuidados sociales adecuados a cada situación y adaptarlos en cada momento. 	
Actividad: Captación y formación de personas mayores en voluntariado	Resultado esperado: Sesión realizada
<ul style="list-style-type: none"> a. Para la captación y formación de voluntarios resulta necesaria la colaboración de los ayuntamientos, tanto para la difusión del proyecto, como la cesión de recursos materiales y económicos. La captación de voluntarios se realizará a lo largo de todo el año y habrá dos sesiones de formación en voluntariado o según el número de participantes. b. La sesión en voluntariado los organizará la TS del centro de salud/ambulatorio contando con la participación de una asociación, a ser posible del municipio si existe y si no una asociación que se dirija a las personas mayores. La TS motivará e inscribirá a los interesados en la sesión y se encargará de llamarles antes del día de la realización del taller. c. Consistirán en grupos máximo de 20 personas. Será una formación de un día, de 2 horas de duración en un lugar público y se ofrecerán refrigerios saludables (ver anexo). d. Tras la finalización del taller se hará una recogida de datos personales de las personas interesadas en la participación en voluntariado (Ver ANEXO M). e. Formación gratuita. Al final de la formación se entregará un certificado de asistencia. 	
Actividad: Voluntariado de carácter social	Resultado esperado: grupo creado

El voluntariado es una manera de participar de forma altruista en el desarrollo de la comunidad. Además, formar parte de un grupo mejora el bienestar integral de las personas (31).

Los grupos de voluntariado propuestos son:

- Voluntariado de apoyo social a personas mayores en riesgo de exclusión, aislamiento
- Voluntariado de apoyo a familias en el cuidado de los hijos a la salida del colegio

El 1º voluntariado consiste en visitar a las personas, pasear con ellas si precisa ayuda, entregar la compra.

El 2º voluntariado consiste en que personas mayores en buen estado de salud mental y físico acudan a los colegios a la salida a estar con los niños un tiempo máximo de 1h30' para cuidarles (llevar merienda, jugar con ellos, llevarlos a casa, etc.).

Actividad: Talleres para dar a conocer el uso de las nuevas TICs	Resultado esperado: Talleres realizados
<p>a. El objetivo de este taller es aportar a los mayores conocimientos y habilidades necesarias para utilizar las nuevas tecnologías, en especial en el manejo del teléfono móvil y el ordenador/internet. Estos suponen una vía para la integración de los mayores en la sociedad y a la vez facilita la comunicación con la familia que en ocasiones viven lejos y está dentro del pilar de EA aprendizaje continuo. Además, una revisión de Cochrane muestra la efectividad positiva de los programas de comunicación sanitaria interactivas (PCSI), que son aplicaciones de ordenador con internet que combina información sanitaria junto a apoyo social) (32).</p> <p>b. El taller es propuesto desde el ayuntamiento y junto a las asociaciones de personas mayores y los centros educativos se organizará lugar, medios, horario, formador.</p> <p>c. Se precisa inscripción previa y el taller es gratuito.</p> <p>d. Respecto a la organización se recomiendan grupos de no más de 20 personas. Los talleres que se proponen son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprender a manejar un ordenador con internet. - Conoce tu teléfono móvil en profundidad. <p>e. La docencia será impartida por un educador (un profesor de la escuela) que conozca el contenido de forma sencilla, pero que tengan formación respecto a cómo enseñar de manera efectiva y con actitud positiva hacia la vejez y las personas mayores. Fomentar actitudes positivas hacia las TIC y hacia su uso para dar cauce a intereses y necesidades personales, será también otra de sus funciones. Puede usar el manual editado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social</p>	

junto al IMSERSO: Tecnología y personas mayores y la página web CEAPAT en www.ceapat.es.

- f. Se precisa de un ordenador para cada dos personas como máximo que esté conectado a internet y contenga instalados los programas necesarios. La duración de un curso debe ser de 30 horas divididas en sesiones de hora y media, a razón de dos sesiones por semana.

- g. Los lugares para realizar esta actividad son en horario de tarde en los centros educativos.

Para el taller de telefonía móvil cada persona traerá su teléfono móvil. Y el lugar de impartición será en coordinación con los centros de mayores o lugares públicos como una línea de actuación más para dinamizar y promover la participación de ciertos colectivos de personas mayores.

- h. El control de asistencia se realizará por las hojas de asistencia. Y los talleres serán gratuitos.

7.9 CRONOGRAMA

[illegible]

7.10 RECURSOS NECESARIOS PARA LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS

Aquí los profesionales de medicina y enfermería son los responsables de realizar las Valoraciones Geriátricas Integrales, así como de prescribir la realización d ejercicio físico, talleres de estimulación cognitiva, según los recursos disponibles en el entorno. Son la primera vía de contacto con las personas mayores y por ello deben estar concienciados y formados en el trabajo a realizar. También se encargarán de realizar las sesiones de alimentación saludable y adherencia al tratamiento farmacológico. Y los talleres de disminución del consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco).

También, la TS se encargará de realizar las Valoraciones Sociales para prevenir los casos de soledad y aislamiento y derivarlos a los recursos existentes, su seguimiento y evaluación.

Recursos socio sanitarios y otros servicios en la comunidad. Estos recursos nos sirven a la hora de organizar talleres, sesiones, para saber a dónde podremos acudir y con quién hablar para la coordinación de las actividades planteadas.

Por ejemplo, en las escuelas es donde las sesiones de aprendizaje de las TICs y los talleres intergeneracionales tendrían lugar. En las instalaciones deportivas las sesiones de ejercicio físico y junto a las asociaciones organizar y diseñar las sesiones de estimulación cognitiva, control de emociones, paseos saludables, etc.

RECURSOS PARA EL PROYECTO “ACTÍVATE”		
Objetivo 1.	Recurso Material	Recurso Humano
Formar un grupo Promotor	<ul style="list-style-type: none"> • Folios, sobres y sellos • Ordenador e internet • Teléfono • Cañón para proyectar • Espacio físico con mesas y sillas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo sanitario + trabajo social de los centros de salud/consultorios médicos.
Realizar entrevistas/encuestas	<ul style="list-style-type: none"> • Folio y bolígrafos • Espacio físico 	<ul style="list-style-type: none"> • 51 entrevistas a pasar por 3 entrevistadores 34 horas/persona en una semana
Formación en metodología comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Folio y bolígrafos • Posits • Cartulinas • Pizarra • Cañón para proyectar • Ordenador 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 profesional de atención primaria (trabajador social): 4h/formación 4 días/año = 16 h/año
Objetivo 2.	Recurso Material	Recurso Humano
Implantar guía de VGI	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador e internet 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de atención primaria • Informático del Rioja Salud responsable de añadir dicha guía en el programa ATENEA.
Capacitación en VGI	<ul style="list-style-type: none"> • Folios y lápices 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 sanitario, formador en VGI del Rioja Salud

	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector y ordenador • Pizarra • Espacio físico con mesas y sillas 	4h/sesión, 3 días = 12h
Objetivo 3.	Recurso Material	Recurso Humano
Sesiones ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> • Sala con aparatos adaptados a las sesiones (bola de pilates, sillas, colchonetas, pelotas, pesas de 1kg, tiras de fuerza). En la escuela o en el centro de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 profesional conocer de pautas de ej. Físico adaptado a personas mayores. 3h/semana/28 semanas = 84h/año
Paseos saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Folletos informativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de enfermería del equipo sanitario 2h/mes = 20h /año
Sesiones para reducir hábitos nocivos	<ul style="list-style-type: none"> • Sala con mesas y sillas (centro de salud). • Cañón para proyectar y ordenador. • Folios y bolígrafos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 profesional sanitario de atención primaria (enfermería). 4h/2sem/2 año = 16h/año
Facilitar un servicio de transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Furgoneta adaptada a las personas mayores. • Gasolina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductor (agente coordinador del proyecto) por comarca 40h sem
Objetivo 4.	Recurso Material	Recurso Humano
Dinamizar asociaciones de personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono • Sala para reuniones 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador social del consultorio médico • Equipo municipal de los ayuntamientos
Organizar talleres intergeneracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Material para los talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesorado de las escuelas • Equipo promotor

		<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores • Niños y niñas y padres y madres de éstos.
Difundir los recursos existentes	<ul style="list-style-type: none"> • Folletos • Recursos en digital 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales sanitarios, sociales e institucionales.
Objetivo 5.	Recurso Material	Recurso Humano
Realizar una valoración social	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de valoración social en digital 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadora social
Captación y formación en voluntariado	<ul style="list-style-type: none"> • Sala con mesas y sillas • Cañón para proyectar, ordenador. • Folios y bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de asociaciones del municipio o de fuera. • Trabajador social del equipo promotor
Crear un grupo de voluntariado		<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadora social del equipo promotor
Talleres de TICs	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ordenadores preparados y con internet • 10 teléfonos móviles • Sala adecuada (en la escuela, centro de mayores, biblioteca) • 2Folios y bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional con conocimiento básico en TICs (docente de la escuela). 30h/año

7.11 PRESUPUESTO

El presupuesto estimado para el proyecto “Actívate a los 60, a los 70 y a los 80” es de 39.700 euros para un año. Se ha estimado personal fijo del proyecto, pero también se cuenta con el personal de los ambulatorios, escuelas, servicios sociales e instituciones que trabajarán dentro de su horario de trabajo habitual. El costo se eleva al ser el primer año de realización. Para el resto de los proyectos se espera que el material pueda ser reutilizable.

Las salas para realizar algunas de las actividades son cedidas y poseen el mobiliario necesario.

A continuación, se detalla el presupuesto.

PRESUPUESTO PARA EL PROYECTO “ACTÍVATE”				
Humanos	Precio (€/hora)	Total, horas/mes	€/mes	Total 2020 (€)
Entrenador de ej. Físico multicomponente	10€/h	72h	720 €	7200 €
Conductor de furgoneta	8€/h	40h	320 €	3200 €
Equipamiento	Precio (€)	Cantidad	2020 (€)	Total 2020 (€)
Papel A4 75 gr	100 €	2	200 €	200 €
Ordenador	500 €	2	1000 €	1000 €
Proyector Epson	600 €	1	600 €	600 €
Impresora láser multifunción	400 €	1	400 €	400 €
Lápices, grapadora, bolígrafos, etc.	100 €	1	100 €	100 €
Transporte	Precio (€/km)	Cantidad	2020 (€)	Total 2020 (€)
Gasolina de la furgoneta	0,3 €/km	--	2000 €	2000 €
Furgoneta adaptada para transportar a 10 personas mayores		1	25000€	25000 €
Costo Total del Proyecto				39700 €

7.12 EVALUACIÓN

- EVALUACIÓN CUANTITATIVA

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO ACTÍVATE				
Objetivo 1.	Indicador	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad
Formar un grupo motor municipal, líder inicial del proyecto.	Porcentaje de asistencia a las reuniones	$\frac{\text{No. Agentes comunitarios participantes}}{\text{No. Total gentes comunitarios invitados}} \times 100$	Hojas de asistencia	Trimestral
Realizar entrevistas/ encuestas a los agentes comunitarios de referencia y difundirlas	Planificación y elaboración de la entrevista	Informe final con las respuestas analizadas elaborado	Documento físico/digital	Anual
Llevar a cabo sesiones formativas en intervención comunitaria para los profesionales y agentes comunitarios	Porcentaje de sesiones realizadas	$\frac{\text{No. Total de sesiones realizadas}}{\text{No. Total de sesiones planificadas}} \times 100$	Cronograma	Mensual
	Porcentaje de personas formadas en el uso de la VIG	$\frac{\text{No. total de personas formadas}}{\text{No total de personas invitadas}} \times 100$		
Objetivo 2.	Indicador	Fórmula	Fuente de información	Periodicidad
Elaborar una guía digital de valoración integral geriátrica (VIG) y difundirla entre profesionales sanitarios aprendiendo su utilidad.	Disposición de una guía de valoración (VIG)	Documento elaborado	Documento	Anual

Capacitar a los profesionales sanitarios en la realización de las VGI	Porcentaje de profesionales capacitados	$\frac{\text{No. Total de profesionales asistentes}}{\text{No. Total de profesionales inscritos}} \times 100$	Hojas de asistencia	
Realizar la VGI de cada persona mayor y elaborar un plan de cuidados individualizado	VGI Realizada	Número de VGI realizadas	VGI realizadas	Anual
Vigilar el cumplimiento del plan de cuidados individualizados	Consultas de seguimiento realizadas	Consultas de seguimiento realizadas	Documento	Mensual
Objetivo 3.	Indicador	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad
Sesiones de ejercicio físico multicomponente	Porcentaje de sesiones realizadas	$\frac{\text{No. Total de sesiones realizadas}}{\text{No. Total de sesiones gripales planificadas}} \times 100$	Cronograma	Mensual
Paseos saludables	Porcentaje de paseos realizados	$\frac{\text{No. Total de paseos realizados}}{\text{No. Total de paseos saludables planificados}} \times 100$	Cronograma	Mensual
Taller envejecer con salud	Porcentaje de talleres realizados	$\frac{\text{No. Total de talleres realizados}}{\text{No. Total de talleres planificados}} \times 100$	Cronograma	Anual
Realizar sesiones grupales de alimentación saludable.	Porcentaje de sesiones grupales realizadas	$\frac{\text{No. Total de sesiones grupales realizadas}}{\text{No. Total de sesiones gripales planificadas}} \times 100$	Cronograma	Mensual
Facilitar un servicio de transporte para acceder a las sesiones a realizar de carácter prioritario	Disponer del servicio de transporte	Acceso al transporte	Documento	Anual

Objetivo 4.	Indicador	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad
Dinamizar o crear asociaciones de personas mayores.	Disponer de una guía con las asociaciones existentes	Guía de creación de asociaciones	Guía de creación de asociaciones	Mensual
Organizar talleres de carácter intergeneracional.	Número talleres intergeneracionales realizados	Número total de talleres intergeneracionales desarrollados	Cronograma	Mensual
Difundir los recursos y servicios existentes en los municipios	Disponer de una guía con todos los recursos y servicios	Documento elaborado	Documento	Anual
Objetivo 5.	Indicador	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad
Realizar una valoración social desde los centros de salud para detectar posibles casos de soledad o aislamiento social	Disponer de una valoración social, integrada en la VIG	Documento elaborado	Documento	Anual
Captación y formación de personas mayores en voluntariado	Número de personas mayores formadas en voluntariado	Número de personas mayores formadas en voluntariado	Hojas de asistencia	Trimestral
Crear grupos de voluntarios de personas mayores	Número de voluntarios	Número Total de Voluntarios	Documento	Trimestral
Desarrollar talleres para dar a conocer el uso de las nuevas TICs	Porcentaje de talleres realizados	$\frac{\text{No. Total de talleres realizados}}{\text{No. Total de talleres planificados}} \times 100$	Cronograma	Anual

- **EVALUACIÓN CUALITATIVA**

Encuestas de satisfacción

Nombre del taller	Lugar
	Fecha

Rodea según tu grado de satisfacción siendo el valor 1 muy poco satisfecho y 5 muy satisfecho.

1. ¿El taller impartido ha cumplido con sus expectativas?	1	2	3	4	5
2. ¿Consideras que el curso le servirá en su día a día con lo aprendido?	1	2	3	4	5
3. ¿Cómo le ha parecido la capacidad pedagógica del formador?	1	2	3	4	5
4. Los medios de aprendizaje, ¿le han parecido adecuados?	1	2	3	4	5
5. ¿Se ha sentido cómodo en el lugar de impartición del taller?	1	2	3	4	5
6. ¿El horario se acomoda a su día a día?	1	2	3	4	5
Añade tus opiniones					
Sugerencias para talleres futuros					

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Bermejo L. Envejecimiento activo , pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. Madrid: Médica Panamericana;2010
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre envejecimiento y salud. [Internet].OMS;2015. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/OMS%282015%29InformeMundialSobreEnvejecimientoSalud.pdf>
3. Internacional de Longevidad Brasil. Envejecimiento activo. Un marco político ante la longevidad. [Internet].2nd ed. Traducción al castellano Centro Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento_Activo_2015_es.pdf.
4. Organización de las Naciones Unidas. El lazo que nos une. Voluntariado y Resiliencia comunitaria. [Internet]. UNV ; 2018. [citado el]. Disponible en: https://www.unv.org/sites/default/files/UNV_SWVR_2018_Spanish_WEBlo.pdf.
5. Vaandrager L, Kennedy L. The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods [Internet]. The Handbook of Salutogenesis. 2017. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28590643>
6. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity [Internet]. Vol. 132, Human Genetics. 2013 [citado el 30 ene 2019]. p. 1323–38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23925498>.
7. Van Hecke L, Ghekiere A, Veitch J, Van Dyck D, Van Cauwenberg J, Clarys P, et al. Public open space characteristics influencing adolescents' use and physical activity: A systematic literature review of qualitative and quantitative studies. Health Place [Internet]. 2018 May [citado el 30 ene 2019].;51:158–73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29631072>
8. Barnett DW, Barnett A, Nathan A, Van Cauwenberg J, Cerin E, Council on Environment and Physical Activity (CEPA) – Older Adults working group. Built environmental correlates of older adults' total physical activity and walking: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]. 2017 Dec [citado el 30 ene 2019].;14(1):103. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28784183>
9. Gobierno Vasco. Estrategia vasca de envejecimiento activo.2015-2020. [Internet]. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2015. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/estrategia%20vasca%20de%20envejecimiento%20activo.pdf
10. Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. [Internet]. UN (NY);2003. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>.

11. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Mortalidad. Esperanza de Vida al nacer por comunidad autónoma, según sexo. [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2017. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1448>.
12. Larioja.org [Internet]. Gobierno de La Rioja. Agenda para la población de La Rioja 2030. Logroño;2016[aprox. 2 pantallas]. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: <https://www.larioja.org/agenda-poblacion/es>.
13. UNFPA. HelpAge International. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. New York/London: UNFPA/HelpAge International; 2012
14. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Estructura de la Población. Índice de envejecimiento por provincia [Internet]. España : Instituto Nacional de Estadística ; 2018. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489>
15. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta nacional de salud España, 2017. [Internet]. Madrid;2017. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
16. Abellán García, A, Ayala García, A, Pérez Díaz, J, Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 17, 34 p. ;2018.
17. Gobierno de La Rioja. Indicadores Básicos de La Rioja, 2018. Instituto de estadística de La Rioja; 2018. Disponible en: <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/estadistica/images?idMmedia=1037058>
18. Curoni C, Veras R. Weight reduction for primary prevention of stroke in adults with overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.:CD006062. DOI : 10.1002/14651858.CD006062.pub2.
19. Hooper L, Martin N, Abdelhamid A, Davey Smith G. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD011737.DOI:10.1002/14651858.CD011737.
20. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Informe sobre alcohol y otras drogas (EADDES) [Internet]. Madrid;2017. [citado el 30 ene 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf.
21. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social e IMSERSO. Envejecimiento en el mundo rural : Necesidades singulares , políticas específicas. Boletín sobre el Envejec: 2004;11:27. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm11.pdf>
22. García-González J, Rodríguez-Rodríguez P. «Rompiendo Distancias»: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2005;40(1):22–33. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X05748198>

23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social e IMSERSO. Libro blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: 2011. Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf.
24. Abellán García, A, Ayala García, A, Pérez Díaz, J, Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 17, 34 p. ;2018.
25. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2019 Jan [citado el 30 ene 2019];(1). Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012424.pub2>
26. Gobierno de La Rioja. II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores (2007-2010). [Internet]. Logroño: Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales ; 2007, 96 p. [cited 2019 Jan 30]. Disponible en: <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/servicios-sociales/images?idMmedia=649336>.
27. Gobierno de La Rioja. II Plan de Salud La Rioja (2009-2013). [Internet]. Logroño: Rioja Salud; 2009. Disponible en : https://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/2_plan_salud_la_rioja_2009-2013.pdf.
28. Gobierno de La Rioja. III Plan de Salud La Rioja (2015-2019). [Internet]. Logroño: Rioja Salud; 2015. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/3-plan-salud.pdf>.
29. Organización Mundial para la Salud. RECOMENDACIONES MUNDIALES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD. OMS ; 2017.
30. Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 Feb 28[citado el 30 ene 2019];(2). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008722.pub2>
31. Corrêa JC, Ávila MPW, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Altruistic behaviour, but not volunteering, has been associated with cognitive performance in community-dwelling older persons. Psychogeriatrics [Internet]. 2018 Sep 26 [citado el 30 ene 2019]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30259591>
32. Murray E, Burns J, Tai SS, Lai R, Nazareth I. Interactive health communication applications for people with chronic disease [Internet]. Vol. 2005, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [citado el 30 ene 2019]. p. 1–82. Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004274.pub4>
33. Mendieta,MJ. Envejeciendo juntos: Mejorar la capacidad funcional de la población mayor a través de un programa de envejecimiento saludable intergeneracional.[Trabajo Final de Máster en Internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra,2018 [citado el 30 ene 2019]. Disponible en:

<https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/29089/Mendieta%20TFM%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Gobierno de Navarra. Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022. Instituto de Salud Pública y Laboral: Pamplona; 2017. Disponible en:
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/estrategia_de_envejecimiento_activo_y_saludable_de_navarra.pdf

9 ANEXOS

A. METODOLOGÍA DE LA 1ª REUNIÓN CON EL GRUPO PROMOTOR

Se plantea una sesión de 2 horas máximo donde se pretende formar un grupo motor, dar a conocer el proyecto de EA y comenzar a practicar/conocer la metodología comunitaria.

Objetivo	Técnica	Agrupación	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del impulsor del proyecto de EA - Presentaciones del grupo: Primero se hará una rueda para decir el nombre y la profesión. En la segunda rueda se dirá el nombre y algo personal. 	De relación	GG	5' 15'
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del proyecto EA ¿Qué es el EA? Objetivos del EA en el entorno rural Metodología comunitaria 	Expositiva	GG	20'
<ul style="list-style-type: none"> - Quiénes somos Entre los asistentes formar grupos para analizar distintos aspectos: Quién soy y qué apporto en la comunidad. Qué es trabajar en comunidad Qué recursos promueven un EA en la comunidad. Dentro de cada propuesta, una persona será la encargada de marcar las respuestas y de ponerlo en común. 	De relación De Análisis/ tormenta de ideas/investigación en el aula	GG GP/GG	15' 25'
<ul style="list-style-type: none"> - Cierre: En tríos colocarse en círculo, cerrar los ojos, pedir que piensen, en una palabra. Alzar las manos a la altura del pecho e ir en busca de las manos de los compañeros. Entrega de documentación sobre el proyecto de EA. - Marcar próxima reunión - Recogida de contactos 	Desarrollo de habilidades	GP GG	10' 10'

GG→ Grupo Grande

GP→ Grupo Pequeño

**B. LISTA DE CONTACTOS DEL GRUPO PROMOTOR Y MOTOR DEL
PROYECTO “ACTÍVATE”**

N.º	Nombre	Lugar de Trabajo	Teléfono	E-mail	Dirección postal
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

C. CARTA DIRIGIDA A LOS AGENTES DEL TERRITORIO A DESARROLLAR EL PROYECTO PARA INVITARLES A PARTICIPAR.

Estimado amigo_____

Desde el centro de Salud_____ vamos a llevar a cabo un programa de envejecimiento activo en toda la serranía celtíbera, región achacada por el despoblamiento y el sobre envejecimiento de su población.

Queremos que los habitantes más mayores puedan seguir viviendo en su casa sin tener que abandonar esta para ir a una residencia o a casa de algún familiar.

Por eso, estamos organizando para el año 2020 una serie de actividades que promuevan el bienestar de las personas mayores a través de su participación.

Pero bien, este trabajo no será posible sin contar con vuestra ayuda, la de los alcaldes, los trabajadores sociales y los líderes de la comunidad que sois quienes mejor conocen a sus ciudadanos, sus necesidades y su entorno.

Por ello, le invito a que se presente el día___de_____a las_____en_____para poner en marcha esta iniciativa.

Si no fuera posible su asistencia o desea aclarar dudas o recibir más información no dude en contactar en el 941342388 o en actívatelos70@gmail.com

Reciba un cordial saludo de la coordinación del proyecto,

D. ENCUESTA O ENTREVISTA A REALIZAR A LAS TRES FIGURAS CLAVE DE LA COMUNIDAD PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS REALES SOBRE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS.

Nombre del entrevistador	Fecha	Lugar
Persona entrevistada(cargo)		

1. ¿Cuántas personas viven en el pueblo todo el año?
2. ¿Qué edad media tienen esas personas?
3. ¿A qué dedican su día a día esas personas?
4. ¿Dónde realizan las compras de comida habitualmente? ¿Se tienen que trasladar? ¿Cómo lo hacen? ¿Y si no tienen coche o son muy mayores?
5. ¿Cómo acuden al médico las personas más mayores? ¿Van andando o les acercan en coche? Y cuándo tienen que ir al especialista, ¿cómo hacen? ¿Y si no tienen familia, quién les acerca?
6. ¿Dónde se reúne la gente mayor? ¿Tienen algún espacio físico? ¿Cómo está adaptado ese sitio? Tienen juegos de mesa, TV, radio, bar, etc.
7. ¿Qué problemas son los más temidos/ hablados por la gente del pueblo? ¿Cómo cree que se pueden solucionar?
8. ¿Existe red wifi en el pueblo? ¿La gente mayor sabe usar los medios digitales? ¿Cómo cree que podríamos ayudarles?
9. ¿Qué problema de salud es el más escuchado? ¿Cómo podría solucionarse? ¿Existen casos de aislamiento, soledad o exclusión social dentro de las personas mayores?
10. ¿Las personas mayores conocen los servicios sociales? ¿En qué medida los utilizan?
11. Describame la situación actual del pueblo y cómo lo ve en cinco años y qué medidas cree necesarias para mejora la calidad y el bienestar de las personas mayores.

E. MODELO DE GUÍA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL A UTILIZAR EN LOS CENTROS DE SALUD/ AMBULATORIOS


Valoración Integral Geriátrica		
Nombre _____	Apellidos _____	
Fecha de Nacimiento _____	Edad _____	Sexo _____
Profesión antes de jubilarse _____		
Estado civil actual _____		
Valoración clínica		
Médico de At. Primaria de referencia		
Antecedentes personales		
Medicamentos (pomadas, laxantes, colirios, naturales, etc.; dosis)		
Antecedentes familiares (cáncer, demencia, temblor familiar, artrosis, diabetes, HTA, etc.).		
Enfermedad actual (¿Qué le pasa?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye?)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis por aparatos: 		
<i>Aparato cardiovascular</i> (disnea, ortopnea, síncope, mareos, parestesias, edemas, frialdad en las extremidades, palpitaciones, dolor pericardial)		
<i>Aparato locomotor:</i> mialgias, dolor matutino, fracturas, caídas recientes, alteraciones de la marcha, dolores de espalda, debilidad)		
<i>Aparato genitourinario</i> (frecuencia miccional, polaquiuria, disuria, hematuria)		
<i>Sistema neurológico y de los sentidos</i> (pérdida de conciencia, mareos, confusión, temblores, alteraciones de la memoria, déficit motor reciente)		
<i>Metabolismo y nutrición</i> → Escala MNA: Antropometría (peso, IMC, altura, diámetro braquial y de pantorrilla).		
<i>Piel</i> → estado de la piel		
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física 		
TA _____		
Tª _____		
Cabeza y cuello: dentadura, vista, oídos		
Tórax: FR, mamas		
Abdomen		
Extremidades: articulaciones, edemas, tnos. Venosos		

Exploración neurológica: pares craneales, reflejos, sensibilidad, explorar la marcha, fuerza de los miembros, temblores.

- Actitud de la persona ante la VGI

Valoración Funcional	Puntuación
Actividades Básicas de la Vida Diaria → Índice de Barthel	
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria Escala de Lawton. Para personas que viven en sus domicilios	
Actividades Avanzadas de la Vida Diaria Test de Tinetti. Test de valoración directa del equilibrio y de la movilidad	
Valoración Mental	Puntuación
Depresión	
Trastornos de la conducta asociados con deterioro cognitivo	
Mini mental TEST de Folstein y el test del reloj	
Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS).	
Escalas cognitivas	
Valoración Social (a realizar por el Trabajador Social)	
Evaluación del entorno familiar, los recursos externos y las redes de apoyo. Condiciones de la vivienda, recursos económicos, acceso a los servicios de salud.	
Mediciones de interacciones sociales y recursos	
Mediciones de bienestar subjetivo → Escala de Filadelfia	
Adaptación al entorno	
Detección de problemas ocultos	
Escala de recursos sociales (OARS)	

F. FOLLETO PROPAGANDA ACTIVIDAD DE EJERCICIO FÍSICO

ACTIVIDAD EJERCICIO FÍSICO PARA PERSONAS MAYORES	
Dirigido a personas mayores en torno a los 64 años que quieran mejorar su capacidad física y tener un envejecimiento activo y saludable	
Lugar. San Román de Cameros. Escuela de San Román de Cameros	
Horario: Lunes y Miércoles de 17:00h a 18:30h. Año escolar.	
Lugar. Ezcaray. Polideportivo Municipal de Ezcaray.	
Horario: Martes y Miércoles de 9:30h a 11h. Año escolar.	
OBJETIVO Durante todo el año se llevarán a cabo sesiones con ejercicios adaptados a las personas mayores dirigidas por un entrenador especialista en gerontología. El fin, es mejorar la flexibilidad, el equilibrio, la fuerza y la resistencia para tener un envejecimiento más saludable.	
	
FORMA DE TRABAJO Para acudir al lugar de realización, las personas serán trasladadas en furgoneta homologada de casa al lugar y serán traídas de vuelta. Los grupos serán como máximo de 20 personas. El entrenador marcará las pautas a seguir y cada uno hará lo que pueda. Al final de la sesión habrá un refrigerio saludable para recomponer fuerzas.	
Es necesario inscribirse Precio: 140 euros/año todo incluido Información e inscripciones en: Consultorio médico Personal de enfermería activate@gmail.com Teléfono: 941342385	

G. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DE EJERCICIO FÍSICO

Herramienta 1. SESIONES DE EJERCICIO FÍSICO	
Horario	Martes y Jueves de 9:00h a 10:00h en el polideportivo de Ezcaray: Calle Eliseo Cadarso. Teléfono 69587478 Lunes y Miércoles de 18:00h a 19:00h en San Román de Cameros. Calle Julián Íñiguez,1. Tel. 698587485.
Fecha	
Lugar	Polideportivo de Ezcaray Centro de Salud San Román de Cameros
Responsable	Trabajador Social de las áreas de salud de cada comarca
Recursos	Furgoneta de transporte Refrigerio: agua, fruta Cámara fotográfica
Población objetivo	Personas mayores
Metodología	<p><u>Calentamiento o puesta en acción.</u></p> <p>Se pretende preparar el cuerpo y el trabajo para el trabajo principal.</p> <p>Se propone una serie de ejercicios que movilicen de forma genérica todos los grupos musculares. Ejercicios de movilidad articular, estiramientos, etc.</p> <p>El tiempo estimado será de entre 10 y 15 minutos.</p> <p><u>Parte principal</u></p> <p>Aquí se quieren conseguir los objetivos planteados. Es importante controlar la actitud de los participantes y evitar lesiones futuras.</p> <p>Esta parte puede durar unos 30 minutos.</p> <p><u>Vuelta a la calma</u></p> <p><u>Esta parte pretende</u> hacer volver a la persona a un estado que le permita incorporarse a sus actividades diarias. Se tratará de reducir de forma progresiva la intensidad y la tensión creada. Es importante trabajar aspectos de relajación, respiración y estiramientos pasivos.</p> <p>Su duración puede ser de diez minutos.</p> <p>Actividades planteadas</p> <p>La estructura de las actividades se configura en ciclos de 7 días para luego volver a comenzar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coreografía de aerobio: permiten ejercitar la mente al tener que recordar los pasos. Favorecen la coordinación, el equilibrio y la agilidad física.

	<ul style="list-style-type: none"> - Gimnasia de mantenimiento: ejercicios para mantener la musculatura y las articulaciones. Se previenen lesiones, se pierde masa corporal y se mantiene el peso. - Ejercicios de mancuernas: fortalecen la musculatura de brazos, muñecas y hombros. - Ejercicios de colchonetas y estiramientos: favorecen la elasticidad del cuerpo y aprenden a relajarse a través de una correcta respiración. Se fortalecen las piernas, el abdomen y el suelo pélvico. Se corrige la columna vertebral y se eliminan tensiones. - Coreografías utilizando un palo o una pelota: el palo sirve de apoyo para las piernas y la pelota para fortalecer los dedos de las manos, muñecas. - Ejercicio en el exterior: realizar paseos en el exterior por los caminos de alrededor. Ejercicios de estiramiento en la plaza del pueblo. - Ejercicios con sillas: para trabajar piernas, espaldas y corregir malas posturas.
--	---

H. FOLLETO CON RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA.

Cómo hacer ejercicio físico



Si se tiene alguna enfermedad o más de 40 años y no se hace ejercicio regular, conviene consultar en su centro de salud antes de empezar.

Para la salud, basta con hacer ejercicio moderado, es decir, que permita mantener una conversación.

Se aconseja empezar y acabar de forma gradual. Si se tiene mareos, calambres, dolor en el pecho o no se puede respirar, es mejor parar.

Siempre es mejor hacer algo de ejercicio físico que nada.

Pero a veces no es fácil empezar y para ello es útil pensar qué podemos mejorar y hacer un plan concreto y posible con cosas que nos gusten. Proponérselo y empezar.

Hacer ejercicio merece la pena

Hacer ejercicio físico merece la pena. Es una de las cosas más útiles que podemos hacer para sentirnos bien, para cuidarnos, mejorar nuestra salud, y prevenir enfermedades y la dependencia.

También es importante alimentarnos de forma variada y suficiente, controlar el estrés y no fumar.



EL EJERCICIO FÍSICO

Para tu salud

El ejercicio físico

Hacer ejercicio físico de forma regular mejora el bienestar y la salud a cualquier edad y ayuda a prevenir enfermedades.

En la infancia y adolescencia favorece el crecimiento y la aceptación del cuerpo. En la gente joven y adulta mejora la salud física y mental, y ayuda a prevenir enfermedades, como las del corazón y los huesos. En las personas mayores, favorece la autonomía y envejecer con buena salud.

Varios tipos de ejercicios son útiles para la salud: unos mejoran la resistencia del corazón y los pulmones (ejercicios de resistencia), otros los músculos y los huesos (ejercicios de fuerza y flexibilidad) y otros, la coordinación y el equilibrio.

Se puede hacer ejercicio saludable tanto en casa como fuera, en las actividades diarias (trabajo, caminar, subir y bajar escaleras...) o en actividades programadas (ir a andar, yoga, gimnasio).

Los Ayuntamientos suelen ofrecer distintas actividades.



Qué ejercicio físico hacer

PLAN SEMANAL DE EJERCICIO SALUDABLE



RECOMENDACIÓN MÍNIMA PARA LA SALUD

Caminar un poco rápido todos o casi todos los días 30 minutos (pueden ser en 10, 10 y 10 minutos) y hacer una tabla de ejercicios como la de la página siguiente dos días a la semana 30 minutos.

Ejercicios de fuerza.

Echar el aire al realizar el esfuerzo. Hacer 10-15 veces cada ejercicio, descansar y repetirlos.



Ejercicios de flexibilidad.

Mantener cada ejercicio de 10 a 30 segundos y repetirlos 2 o 3 veces.



Ejercicios de equilibrio.

Las veces que se quiera.



Más ejercicios en el folleto Ejercicio físico del INSPL.

Posturas. Es importante adoptar posturas adecuadas (al sentarse, agacharse, planchar...), evitar el exceso de carga y el sobrepeso del cuerpo para no lesionar las articulaciones. También es mejor no permanecer mucho tiempo seguido de pie ni mucho tiempo sentados.



I. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Herramienta 3. Recurso de apoyo para las sesiones de Alimentación saludable	
Horario	Comarca Alto Oja: 5,7,12 y 14 de mayo de 10:30 a 12:30 Comarca Camero Viejo: 2,4,9 y 11 de noviembre de 10:30h a 12:30h
Lugar	Centros de Salud de Ezcaray y San Román de Cameros
Responsable	Personal de salud de los centros de salud y alcaldía de los municipios.
Recursos	Cañón para proyectar, pizarra. Folios y bolígrafos, mesas y sillas. Hojas de asistencia
Población objetivo	Personas mayores en torno a los 65 años
Metodología	<p>Se realizarán dos programas de intervención:</p> <p>Programa Conductivo- Conductual (PCC)</p> <ul style="list-style-type: none"> . Harán ver a las personas mayores la necesidad de modificar/potenciar su alimentación si está no es adecuada a su edad y a su estado de salud. . Entrenarán a las personas en modificar o eliminar determinadas creencias y pensamientos negativos que dificultan su autocuidado. Y en pedir ayuda. . Temario propuesto para la promoción de la salud: la alimentación saludable <p>Programa de Solución de Problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> . Se enseña a identificar y a definir los problemas de la persona mayor en relación a su alimentación y a su medicación; a buscar posibles causas y a plantear soluciones. . La metodología a de ser emocionalmente satisfactoria y vivencial. <p>Buscar la participación activa de los participantes.</p> <p><i>Emplear medios pedagógicos variados y flexibles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Presentación de los profesionales Testimonios de los participantes Visualización películas, vídeos relacionados. Dinámicas de grupo. <i>Elaboración de resúmenes y conclusiones por los propios participantes.</i> <p>Mod. 1 Introducción: Salud y calidad de vida en las personas mayores.</p> <p>Mod.2 Autonomía de las personas mayores.</p> <p>Mod.3 Alimentación saludable</p> <p>Mod.4 Alimentación y las personas mayores.</p>

Objetivo	Técnica	Agrupación	Tiempo
Mod.1 Salud y calidad de vida en las personas mayores. -Introducción al temario de forma participativa: ¿Qué opinan/saben del tema?, ¿Les parece interesante el tema? -Qué es la calidad de vida y los determinantes de la salud -En grupos pequeños, sacar tres o cuatro conclusiones para consensar qué es la alimentación saludable y la vejez. -Cierre	Expositiva De opinión Expositiva Tormenta de ideas	GG GG GP/GG	20' 30' 30' 20'
Mod.2 Autonomía de las personas mayores -Presentación del temario: ¿Qué opinan/saben del tema?, ¿Les parece interesante el tema? -Reflexión individual sobre su alimentación y su calidad de vida y exponer al grupo. -En grupos pequeños consensar las ventajas e inconvenientes de modificar los hábitos dietéticos y exponer en grupo. -Cierre	De opinión Reflexiva Tormenta de ideas/investigación	GG GG GP/GG GG	20' 30' 30' 20'
Mod.3 Alimentación saludable -Presentación del temario: ¿Qué opinan/saben del tema?, ¿Les parece interesante el tema? -Exponer qué es la nutrición, alimentación, nutrientes y alimentos, alimentación equilibrada. -Visualizar diferentes alimentos (fotos) y clasificarlos según tipo de nutriente -Cierre	De opinión Expositiva Investigación en el aula	GG GG GP/GG	20' 30' 30' 20'
Mod.4 Alimentación y personas mayores -Presentación del temario: ¿Qué opinan/saben del tema?, ¿Les parece interesante el tema? -Elaborar por grupos pequeños un menú diario para una persona mayor sana -Identificar a través de una tormenta de ideas los peligros más frecuentes en la cocina y las medidas para prevenirlos y/o controlarlos. Posteriormente, se entregará el folleto "Los mayores y la cocina". -Cierre	De opinión Tormenta de ideas/expositiva Tormenta de ideas/expositiva	GG GP/GG GG	20' 30' 30' 20'

J. FOLLETO CON RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cómo comer

Es conveniente comer despacio y masticando bien.

Si es posible, repartir los alimentos en 4, 5 ó 6 comidas a lo largo del día (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena), respetar la hora de comer, no saltarse las comidas, comer con cierta tranquilidad, etc.

Mejor hacer varias comidas al día

Cómo cocinar

Es importante lavar siempre bien las frutas y las verduras; lavarlas primero y cortarlas después y cocinar las verduras al vapor, con poca agua y poco tiempo.

Es mejor cocer en la olla a presión o al vapor y asar en su propio jugo, que freír.

Si se fríe, no mezclar distintos tipos de aceites, no calentarlo a fuego alto ni dejarlo humear y procurar no reutilizarlo.

Mejor cocer o asar que freír

Comer sano merece la pena

Comer sano merece la pena. Es una de las cosas más útiles que podemos hacer para sentirnos bien, para cuidarnos, mejorar nuestra salud y prevenir enfermedades.

También es importante hacer ejercicio físico, controlar el estrés y no fumar.

Un poco de todo

Todos los días

Con calma...
...y sin fumar

LA ALIMENTACIÓN

Para tu salud

La alimentación

La alimentación es una actividad de gran importancia para la salud y la vida.

Alimentarnos de forma sana y equilibrada contribuye a sentirnos bien física y mentalmente, bien con nuestro cuerpo, con nuestro peso...

Una alimentación poco saludable se relaciona con enfermedades del corazón, cánceres, obesidad, diabetes, etc.

La alimentación depende de la sociedad en que vivimos, los alimentos que ofrece nuestra tierra, la oferta de comercios y supermercados, nuestra cultura, etc.

En Navarra mantenemos costumbres sanas: muchas frutas, verduras, pescado, aceite de oliva, bocadillos más que bollería... Aunque tenemos también aspectos a mejorar: demasiada carne y embutidos, abuso de bollería o alcohol, pocas legumbres y cereales, etc.

Además hay quien come demasiado y quien come muy poco o está con excesiva frecuencia a dieta.

Este folleto contiene información para una alimentación sana a partir de los 2 años. Algunas situaciones requieren dietas particulares.

Mejor mantener nuestras tradiciones saludables

Qué comer

Lo más sano es comer de forma variada (no existe ningún alimento completo) y tomar cada alimento en la cantidad necesaria. La cantidad de comida depende de la edad, el sexo, la actividad física en el trabajo y en el ocio... Esta pirámide es una orientación para elaborar el menú diario y semanal:

MUY DE VEZ EN CUANDO

Dulces, bollos, bollería, helados, chocolates, postres dulces.

Embutidos, bacon, salchichas, patés...

ALGUNAS VECES POR SEMANA

Poca carne roja. Quitar siempre la grasa visible.

Aves sin piel, huevos, legumbres y frutos secos.

Pescado, más pescado que carne.

A DIARIO

Ejercicio Físico

1 ó 2 copas de vino (opcional)

4 ó 5 cucharadas de aceite, mejor de oliva...

Leche, yogur y queso, mejor desnatados o semidesnatados.

Frutas frescas lavadas y peladas, verduras y hortalizas.

Pan, cereales, arroz y pasta, mejor integrales y patatas.

Son preferibles los alimentos frescos de temporada.


Es importante que la alimentación diaria incluya fibra (se encuentra en las frutas, verduras, legumbres y cereales integrales) y agua.

Mejor hacer la alimentación muy variada, con menos grasa animal y más rica en vegetales.


K. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO ACTÍVATE Y PARTICIPA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO ACTÍVATE Y PARTICIPA		
Estimado(a) Señor/Señora: El Ministerio de Salud Pública de Salud Pública (MSP) está realizando un programa de promoción del envejecimiento saludable en colaboración con los Servicios Sociales y el Rioja Salud de La Rioja. El objetivo del estudio es mejorar la capacidad funcional de las personas mayores de la serranía celtíbera a través de un programa de envejecimiento saludable con enfoque intergeneracional. El programa se está realizando en los centros de salud de primer nivel de atención del área rural de Ezcaray y San Román de Cameros.		
Si Usted acepta participar en el programa, ocurrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Le invitaremos a asistir a una revisión médica en el centro de salud de primer nivel más cercano a su residencia - Le solicitaremos que participe en varias actividades de promoción de hábitos saludables y en otras actividades de ocio y recreación con estudiantes de bachillerato general. - Le tomaremos fotos y realizaremos videos mientras está participando de dichas actividades y en alguna ocasión podríamos solicitarle que participe con algún comentario. - Le aplicaremos un cuestionario para conocer su percepción sobre cuánto cree que contribuye con la sociedad, al inicio y al final del programa. El cuestionario será llenado en una fecha y hora específica y durará aproximadamente 20 minutos. No le pediremos su nombre y apellido, sino simplemente su número de cédula. - Le aclaramos que estas actividades serán coordinadas y realizadas por personal capacitado de los Servicios Sociales y el Rioja Salud. 		
Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> - Accederá a una evaluación de su capacidad intrínseca (estado de salud y factores de riesgo) por parte del personal de salud, además del diseño de un programa de mantenimiento/mejoramiento personalizado en base a su condición de salud. - Participará en varias actividades planificadas para la promoción del envejecimiento saludable 		
Confidencialidad: <ul style="list-style-type: none"> - Toda la información que Usted nos proporcione en los cuestionarios será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo del MSP y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados serán publicados en base a las respuestas obtenidas de todos los participantes, de tal manera que no podrá ser identificado(a). - Las fotografías y videos que se obtengan con su imagen serán únicamente utilizadas con fines promocionales por parte del equipo del MSP. En caso de que se quiera identificar la imagen de una persona en particular, se solicitará su autorización previa. Las imágenes que sean subidas a las redes sociales por cada participante serán de completa responsabilidad de quien las sube. 		
Riesgos Potenciales/Compensación: <ul style="list-style-type: none"> - Los riesgos de su participación en el programa son mínimos. Si alguna de las imágenes que se usen, donde Usted aparece, le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene solamente el derecho de solicitar que se retire. - Usted no recibirá ningún pago por participar en el programa, y tampoco implicará algún costo para usted 		
Participación Voluntaria/Retiro: <ul style="list-style-type: none"> - La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento. 		
¿Necesita mayor información?: Por favor comuníquese al 941342878. O si lo prefiere escriba a: activate@gmail.com		
Firma del participante	Fecha	Lugar

**L. FOLLETO INFORMATIVO DE LOS PASEOS SALUDABLES PARA ENTREGAR EN
LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA**

PASEOS SALUDABLES	
<p>Dirigidos a todas las personas en torno a los 64 años que quieran desarrollar un envejecimiento activo y saludable mejorando su salud física y relacionándose con gente de su pueblo.</p>	
	
<p>Lugar: En los consultorios médicos de cada municipio. Fechas: El primer y tercer lunes de cada mes de 9:00h a 10:00h de la mañana.</p>	
<p>Un profesional de enfermería será quien os guíe en estos paseos. Realizarás estiramientos, ejercicios de equilibrio y de fuerza para mantenerte en forma en todo momento</p>	
<p>Inscripciones en los consultorios médicos al personal de enfermería. Paseos gratuitos</p>	
<p>Para más información Ayuntamiento del municipio Consultorio médico actívate@gmail.com Teléfono 941342358</p>	

M. FOLLETO INFORMATIVO DEL TALLER ENVEJECER CON SALUD PARA ENTREGAR EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

<p>TALLER ENVEJECER CON SALUD</p>  <p>Envejecer... ...con salud</p>	
<p>Dirigido a todas las personas en torno a los 65 años que quieran desarrollar un envejecimiento activo y saludable</p>	
<p>PROGRAMA</p> <p>1º SESIÓN El proceso de envejecer. Compartir situaciones y experiencias personales respecto al envejecer. Ejercicio físico. Conocer el proceso de envejecimiento con los cambios que conlleva</p> <p>2º SESIÓN Cuidar nuestro cuerpo. Factores que influyen, formas de cuidarse, el cuidado del cuerpo.</p> <p>3º SESIÓN Cuidar nuestra mente, nuestras emociones. Medidas de autocuidado y desarrollo de habilidades para ponerlas en marcha.</p> <p>4º SESIÓN Cuidar las relaciones y el entorno. Reflexionar sobre las relaciones y el cuidado del entorno y analizar alternativas de mejora. Plan personal.</p>	
<p>Es necesario inscribirse El taller es gratuito Información e inscripciones en: Consultorio médico Personal de enfermería</p> <p>activate@gmail.com Teléfono: 941342385</p>	

N. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DEL TALLER DE ENVEJECER CON SALUD

Diseño de sesiones

Un posible esquema a adaptar según la situación del profesorado y del grupo (tiempo disponible, situación y necesidades, recursos...) sería:

Objetivo/Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo
El proceso de envejecer			
1ª Sesión: El proceso de envejecer			
Presentación y contrato educativo	De relación	GG	20'
- Expresar y compartir su situación y experiencias personales respecto al envejecer	De Investigación en Aula (IA)	GP/GG	50'
- Ejercicio físico	Desarrollo de habilidades	GG	10'
- Conocer el proceso de envejecimiento con los cambios que conlleva	Expositiva	GG	40'
Medidas para envejecer con salud			
2ª Sesión: Cuidar nuestro cuerpo. Factores que influyen			
Presentación y pacto	De relación	GG	10'
- Expresar las formas de cuidarse	IA: Tormenta de ideas	GG	20'
- El cuidado del cuerpo	expositiva	GG	30'
- Analizar factores que influyen	Análisis: caso	GP/GG	50'
- Ejercicio físico	Desarrollo de habilidades	GG	10'
3ª Sesión: Cuidar nuestra mente, nuestras emociones			
Presentación	De relación	GG	10'
- Conocer medidas de autocuidado y desarrollar habilidades para ponerlas en marcha	IA: Tormenta de ideas/expositiva/De desarrollo de habilidades	GG	45'
	IA: Tormenta de ideas / expositiva	GP/GG	55'
	IA: Tormenta de ideas / expositiva		
- Ejercicio físico o relajación	Desarrollo de habilidades	GG	10'
3ª Sesión: Cuidar las relaciones y el entorno. Hacerme un plan personal			
Presentación	De relación	GG	10'
- Reflexionar sobre las relaciones y el cuidado del entorno y analizar alternativas de mejora	De análisis/ Expositiva	TI/GP/GG	50'
- Ejercicio físico	Desarrollo de habilidades	GG	10'
- Decidir un plan personal	Toma de decisiones	TI/Pareja/GG	30"
- Evaluación y despedida			20'

O. FOLLETO CON RECOMENDACIONES PARA MANTENER UNA MENTE ACTIVA

LOS TRASTORNOS DE MEMORIA



La Memoria nos sirve para recoger información, almacenarla en el cerebro y recuperarla. Nos permite recordar quiénes somos, nuestro pasado, cómo realizar tareas...

Con la edad la memoria puede ir disminuyendo y aparecen fallos de memoria (las palabras se quedan en la punta de la lengua, no se recuerda dónde se han dejado las llaves...). Son los llamados olvidos benignos de la vejez, que no progresan a enfermedad. Otras pérdidas de memoria son temporales debidas a preocupaciones, estrés, ánimo bajo, etc.

Sin embargo, hay trastornos de memoria más importantes para cuyo diagnóstico se utilizan tests y otras pruebas. Se distinguen:

Deterioro Cognitivo Leve
Se pierde memoria en mayor grado que el correspondiente a la edad, sin impedir realizar las actividades habituales. Se tienen más problemas para encontrar las palabras, se olvidan citas más fácilmente, se pierden objetos con más frecuencia. Es necesario un seguimiento. En algunos casos puede ser un inicio de demencia.

Demencia
Es una enfermedad del cerebro. Algunas de sus células llamadas neuronas disminuyen y otras no funcionan adecuadamente. Como consecuencia se va perdiendo memoria, disminuye la capacidad de hablar, de reconocer objetos y personas (no se recuerda cómo se usa el teléfono o para qué sirven las llaves), cambian los comportamientos, etc.

De manera lenta pero progresiva se va afectando el funcionamiento personal, laboral o social de la persona y se necesitan más apoyos y cuidados del entorno.

Hay muchos tipos de demencia. Los más frecuentes son el tipo Alzheimer, la demencia vascular o la demencia con cuerpos de Lewy... cada una con sus características y síntomas particulares.

MEJORAR LA MEMORIA



Cuidados generales:

- Actividad física: al menos 30 minutos todos los días. Mantener las actividades de la vida diaria (compra, tareas del hogar, ocio...)
- Actividad social: amistades, planificar actividades placenteras, música, baile...
- Alimentación saludable: dieta variada rica en frutas y verduras y pobre en grasas saturadas, azúcares y sal.
- Cuidado de los sentidos: revisar la vista y el oído, usar gafas o audífonos...
- El tabaco, el alcohol y algunos medicamentos se asocian a fallos de memoria.
- Adaptar el entorno: orden en la casa, un lugar para los objetos (llaves...), medidas de seguridad (luz, suelos no resbaladizos, cuidado con los productos tóxicos...).

Medicación:

Aunque las demencias no se curan, hay medicamentos que enlentecen el progreso de la enfermedad y para tratar otras alteraciones que pueden aparecer: ansiedad, trastornos de comportamientos, etc. No todas las personas necesitan la misma medicación.

Actividad mental:

- Aumentar la atención a las tareas o a la información, repetirla en voz alta, evitar hacer varias cosas a la vez, practicar la relajación, relacionar lo que se quiere recordar con algo conocido...
- Ayudarse de los sentidos: ver, oír, oler, tocar, degustar para grabar la información. En una postal o una foto mirar los objetos que contiene, su forma, recordar cómo huelen, cómo suenan...
- Cultivar el lenguaje: mantener conversaciones, leer, escuchar informativos, describir lo que se ve en una habitación o en una fotografía, hacer crucigramas o sudokus, listar nombres que empiezan por M o por C, palabras de cuatro letras o de tres, actividades culturales...
- Rememorar: intentar sacar un detalle o imaginarse la "foto" de lo que se quiere recordar, volver al sitio físico o mentalmente (entré en casa con la chaqueta, me la quité y la dejé...), repasar mentalmente el día, lo que se ha hecho y lo pendiente, confección de autobiografía, recordar acontecimientos importantes de la vida...
- Realizar cálculos mentales: juegos de mesa (cartas, dominó, parchís, oca, ajedrez, etc.), calcular el coste de la compra, hacer cuentas (ejemplo restar de 3 en 3 desde 180).
- Trabajar la orientación temporal y espacial: Apuntar en un calendario los acontecimientos familiares y las citas y mirarlo cada día, utilizar planos o dibujos con recorridos...
- Utilizar ayudas externas: agendas, notas, etiquetas, alarmas...
- Acudir a grupos para entrenar la Memoria, de estimulación cognitiva.




P. HERRAMIENTA DE APOYO PARA LAS SESIONES DE FORMACIÓN EN VOLUNTARIADO

Objetivo	Actividad	Agrupación	Tiempo
Presentación de la sesión	Presentación de la persona que va a impartir el curso. Objetivos de la sesión. Horario. Necesidad o no de tomar notas.	GG	15'
Dinamización de la sesión	Presentación del grupo usando juegos activadores que creen un clima de confianza y agradable (HE VENIDO A UNA FIESTA, SOY.... Y TRAIGO.... Y así hasta el final recordando los nombres anteriores).	GG	20'
Hacia el concepto del voluntariado	Por medio de grupos pequeños (4-6 personas) definir qué es el voluntariado. Después hacer una puesta en común y el formador aclarará el concepto, dudas...	GP GG	30'
Perfil del voluntariado	Lo ideal es que las personas se den cuenta de que no existe un prototipo de voluntario. Y que lo importante del voluntariado es que supone una transformación social y que la persona que lo aporta debe poseer valores solidarios. Se propone la dinámica de una silueta de una persona en una cartulina. Por grupos pequeños, se escribirá dentro de la silueta aspectos positivos del voluntario y en la parte exterior aspectos negativos. Los trabajos se pueden colgar en la pared y abrir un debate reflexivo sobre los estereotipos, valores, compromiso, interés, etc. Del voluntario.	GP GG	20'
Marco legal	De forma breve se expondrán los derechos y deberes de los voluntarios (gratuidad, seguro, formación, acreditación, etc.,).	GG	10'
Actividades propuestas de voluntariado	Se hablará de las propuestas planteadas como voluntariado a desarrollar en los municipios. Individualmente se pedirá que reflexionen sobre estos, qué pueden aportar, qué les supone y si están interesados en otros temas.	GG GP	20'
Cierre de la sesión	Se agradecerá la asistencia.	GG	5'
Entrega de certificados		GG	10'

Q. HOJA DE ASISTENCIA

Hoja de Asistencia

Actividad:

Sala:		Fecha:		Horario:	
-------	--	--------	--	----------	--

	Nombre	Firma	Grupo
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			